

**Thomas Tenk**

**NEUROSE  
ALS  
PSYCHOTHERAPIEEFFEKT**

**1988**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554828\\_0002](https://archive.org/details/IA41554828_0002)







Fachgebiet:  
Psychologie

NEUROSE  
ALS  
PSYCHOTHERAPIEEFFEKT

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades  
der

Philosophischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität

zu

Münster (Westf.)

vorgelegt von

THOMAS TENK

aus.....Wuppertal.....Geburtsort

1987

.....

- bitte wenden -

Tag der mündlichen Prüfung:.....

Dekan: Prof. Dr. Kaufmann

Referent: Prof. Dr. U. Plessen

Korreferent: Prof. Dr. D. Hellhammer

# Thema: Neurose als Psychotherapieeffekt

## Inhaltsverzeichnis

| Kapitel I  |                                                                                     | Seite |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.1.       | Psychotherapieforschung in der Praxis                                               | 1     |
| 1.1.2.     | "Neurose" und "Psychose" - Möglichkeiten<br>differentialdiagnostischer Abgrenzungen | 3     |
| 1.2.       | Eine auf die Ausgangsfragestellung bezogene<br>Definition von "Neurose"             | 16    |
| 1.2.1.     | Das Verständnis von "Neurose" in verschiedenen<br>therapeutischen Schulen           | 24    |
| 1.3.       | Hypothesenstellung                                                                  | 27    |
| 1.4.       | Resümee                                                                             | 31    |
|            |                                                                                     |       |
| Kapitel II |                                                                                     |       |
| 2.1.       | Negative Auswirkungen in der Psychotherapie                                         | 33    |
| 2.1.1.     | Der vorzeitige Therapieabbruch                                                      | 37    |
| 2.1.2.     | Hindernisse positiver Veränderungen                                                 | 47    |
| 2.1.3.     | Möglichkeiten positiver Veränderungen                                               | 49    |
| 2.1.4.     | Spezielle Symptomverschlechterungen und ihre<br>therapeutischen Interventionen      | 51    |
| 2.2.       | Therapeutenmerkmale und ihre Bedeutung für den<br>Therapieverlauf                   | 57    |
| 2.2.1.     | Klientenmerkmale und ihre Bedeutung für den<br>Therapieverlauf                      | 68    |
| 2.3.       | Verhaltensweisen des Therapeuten                                                    | 72    |
| 2.4.       | Die Therapeut - Klient Beziehung - eine kritische<br>Betrachtung                    | 76    |
| 2.4.1.     | Empirische Untersuchungen zur Therapeut - Klient<br>Zuordnung                       | 76    |

|                                                                                          | Seite |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 2.4.2. Konzepte und Modelle therapeutischer Schulen                                      | 79    |
| 2.4.3. Problembereiche der Therapeut - Klient Beziehung<br>in der Anfangsphase           | 89    |
| 2.4.4. Elementare Schwierigkeiten und Probleme in der<br>Therapeut - Klient Interaktion  | 92    |
| 2.4.5. Paradoxien als Störvariable in der Therapeut -<br>Klient Beziehung                | 94    |
| 2.4.6. Therapie als Gegenparadoxie                                                       | 96    |
| 2.4.7. Die Abhängigkeit des Klienten                                                     | 97    |
| 2.4.8. Ambulanz und Freie Praxis im Vergleich                                            | 99    |
| 2.4.9. Die therapeutische Beziehung als Kompromiß<br>zwischen gegensätzlichen Prinzipien | 106   |
| 2.4.10. Eine neue Orientierung                                                           | 111   |
| 2.5. Persönlichkeitsmerkmale von Therapeuten<br>und Klienten                             | 112   |
| 2.6. Therapieverlaufsstudien                                                             | 122   |
| 2.7. Der Informationswert katamnestischer Untersuchungen                                 | 137   |
| 2.8. Resümee                                                                             | 141   |

### Kapitel III

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. Reaktanzeffekte als potentiell neurotisierende<br>Faktoren in der Psychotherapie | 150 |
| 3.2. Klinische Anwendungen der Reaktanztheorie                                        | 152 |
| 3.2.1. Paradoxe Effekte und Reaktanzerregung                                          | 161 |
| 3.3. Indirekte Verursachungen der Reaktanzerregung                                    | 165 |
| 3.4. Möglichkeiten der Reaktanzverminderung in der<br>klinischen Praxis               | 168 |
| 3.5. Einführung in die Formen des als "Widerstand"<br>bezeichneten Verhaltens         | 171 |

|                                                                        | Seite |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.5.1. Das Erscheinungsbild des Widerstandes in der Psychotherapie     | 177   |
| 3.6. Motivation und Widerstand - zwei gegensätzliche Paradigmen ?      | 181   |
| 3.7. Behandlung unter äußerem Zwang / die Rechte des Klienten          | 185   |
| 3.8. Erweiterung des Widerstandkonzeptes in der Psychoanalyse          | 189   |
| 3.8.1. Widerstand aus der Sicht der Verhaltenstherapie                 | 193   |
| 3.8.2. Widerstand aus der Sicht der Rational - Emotiven Therapie (RET) | 207   |
| 3.8.3. Vergleichende Psychotherapieforschung zum Widerstandskonzept    | 211   |
| 3.9. Prophylaxe und Analyse des Widerstandes                           | 216   |
| 3.9.1. Neuroseinduzierende Faktorenbereiche                            | 224   |
| 3.10. Überprüfung der Ausgangshypothese                                | 233   |

#### Kapitel IV

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1. Therapeutenaus- und fortbildungsmodelle                                                          | 243 |
| 4.2. Die derzeitige Situation unter berufspolitischer Perspektive und bestehende Fortbildungsangebote | 243 |
| 4.2.1. Die Grundzüge der psychoanalytischen Ausbildung                                                | 247 |
| 4.2.2. Die Grundzüge der verhaltenstherapeutischen Ausbildung                                         | 252 |
| 4.3. Eine Modellvorstellung als Richtlinie künftiger Therapeutenausbildungen                          | 261 |
| 4.3.1. Empirische Belege für die Wirksamkeit integrativer Ausbildungsmodelle                          | 268 |

|                                                                                       | Seite |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4.4. Die Bedeutung von Rückmeldeverfahren im<br>Hinblick auf negative Therapieeffekte | 271   |
| 4.4.1. Das Video - Feedback                                                           | 275   |
| 4.4.2. Selbsterfahrung für Therapeuten                                                | 277   |
| 4.5. Therapeutenausbildung als mittelbarer<br>Therapieeffekt                          | 280   |
| 4.6. Folgerungen für die Forschung                                                    | 281   |
| 4.6.1. Folgerungen für Psychotherapeuten                                              | 285   |
| 4.6.2. Folgerungen für Klienten                                                       | 286   |
| 4.7. Grenzen dieser Arbeit                                                            | 287   |
| 4.8. Ausblick                                                                         | 288   |
| 5. Literaturverzeichnis                                                               | 291   |
| Lebenslauf des Autors                                                                 | 324   |



Für die fachlich wertvolle und hilfreiche Unterstützung möchte ich meinem Betreuer, Herrn Prof. Dr. U. Plessen, ganz besonderen Dank aussprechen, sowie auch allen Kollegen, die mich in meinem Vorhaben bestärkt haben und die Bearbeitung des Themas vorliegender Arbeit für praktisch wertvoll halten.





### 1.1. Psychotherapieforschung in der Praxis

Psychotherapie muß, wie jedes andere Heilverfahren, ihre Wirksamkeit erweisen. Sie muß sich gegenüber nicht professioneller Hilfe und den damit herbeigeführten Persönlichkeitsveränderungen und gegenüber professioneller Hilfe, die sich nicht oder nur in geringem Maße auf wissenschaftlich begründete und lehrmäßig vermittelte Formen der Einflußnahme stützt (z.B. Placebo, ärztliches Gespräch) als Überlegen erweisen. In diesem Sinne wird die Frage aufgeworfen "Ist Psychotherapie wirkungsvoll?". Landis ging ihr bereits 1937 nach. Er kam zu der Annahme, daß die verhältnismäßig simple Maßnahme der Hospitalisierung bei psychoneurotischen Diagnosen zu ähnlichen Erfolgsziffern führt wie aufwendige psychotherapeutische Verfahren. Dies verleitet zu dem Schluß, daß Neurosen ihre natürliche Entwicklung nähmen, unbeeinflußt durch therapeutische Anstrengungen. Auch Eysenck (1952) formulierte in provokativer Absicht, daß es keinen Anhaltspunkt dafür gäbe, daß Psychotherapie zu größeren Remissionsraten führe als das Fehlen jeglicher Behandlung.

Diese pauschalen Beurteilungen stützen sich auf keine begründete Basis theoretischer und/oder praktischer Art. Es ist zwar zu beobachten, daß sowohl bei Experimentalgruppen als auch in realen Therapiesituationen keine Symptombesserungen in Erscheinung treten, jedoch ist daraus nicht ableitbar, die Behandlung sei ohne Effekt. Die wirklichen Veränderungen sind oft nicht direkt beobachtbar oder treten kurz nach Beendigung der Therapie ein (sleeper-effect) oder die Therapie mag geholfen haben, daß sich

die Symptome nicht verstärkten; insofern ist keine Veränderung sogar als positiv zu beurteilen. Will man überhaupt Urteile und Interpretationen darüber abgeben, sind derartige globale Einschätzungen wie die von Landis und Eysenck unbrauchbar.

Heute ist man geneigt, erstens durchschnittliche Raten der Spontanremission weitaus niedriger einzuschätzen (Bergin, 1971, spricht von maximal 50%), zweitens die Verlaufstendenzen von Neurosen, sowie qualitative Veränderungen im Erscheinungsbild anzuerkennen und Unstetigkeiten im Verlauf wahrzunehmen (Symptomwandel, Phasen) und drittens globale Aussagen wie obige von Eysenck überhaupt für nichtssagend zu halten. Die historische Entwicklung bewegt sich also hin zu einer differenzierteren Vorgehensplanung, -technik und -bewertung, auch tendiert man immer stärker zu einer Erfolgsmessung, die der Spezifität von lehr- und lernbaren Eigenschaften Rechnung trägt.

Der Erforschung des psychotherapeutischen Erfolges vorgeordnet ist die allgemeine Sinnfrage der Psychotherapie durch speziell dafür ausgebildete Therapeuten. Eine spezifische Fragestellung wiederum stellt das Thema dieser Arbeit dar: gibt es Hinweise auf Arten des Mißerfolgs von Psychotherapien und/oder Psychotherapeuten im Sinne von Symptomverschlechterungen als mögliche Folge des psychotherapeutischen Prozesses? Der expliziten Beantwortung dieser Frage haben sich bislang die meisten Wissenschaftler enthalten. Es sind nur wenige, vereinzelt vorzufindende Artikel verfaßt worden, dabei ist diese Frage elementar wichtig für die Ausübung der Psychotherapie überhaupt. Nur ein einziges Buch

wurde direkt zum Thema von schädigenden Effekten durch psychotherapeutische Eingriffe publiziert (Hemminger/Becker, 1985, "Wenn Therapien schaden").

Das Ziel dieser Arbeit (vgl. Kapitel 1.3) soll sein, die Psychologie weiterhin auf dem Wege zu einer selbstkritischen Wissenschaft zu begleiten, denn nur eine Wissenschaft, die ihre Wirksamkeit in Frage stellen kann, hat eine reale Chance, der moralischen Verpflichtung der mit jener Wissenschaft konfrontierten Menschen (in diesem Falle den psychologisch - psychiatrischen Klienten und Patienten) gerecht zu werden.

#### 1.1.2. "Neurose" und "Psychose" - Möglichkeiten differentialdiagnostischer Abgrenzungen

Die Diskussionen zur Begriffsfindung der Psychose wie auch der Neurose, einschließlich deren Abgrenzung gegeneinander, hat einen großen Zeitraum in der Entwicklungsgeschichte der Medizin und auch später in der Klinischen Psychologie eingenommen. Inzwischen sind berufspolitische Kompromisse erarbeitet worden, um unter Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen und therapeutischer Ausrichtungen (Medizinern, Psychologen, Psychotherapeuten) mit einer relativ einheitlichen Nomenklatur interkulturell verständlich arbeiten zu können. Sowohl die historische Entwicklung dieser Kompromisse, als auch deren heutige Qualität werden dargestellt.

Der Ausdruck "Neurose" wurde wahrscheinlich von dem schottischen

Arzt William Cullen in einer 1776 erschienenen Abhandlung eingeführt. Schon dem Titel "First Lines of the Practice of Physics" ist zu entnehmen, daß er sich dabei zunächst auf ein eher somatisches Phänomen bezog.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden unter dem Namen "Neurose" eine ganze Reihe von Affektionen eingeordnet, die sich so beschreiben lassen:

- 1) Man erkennt ihnen einen genauen organischen Sitz zu (→ Verdauungsneurose, Herzneurose).
- 2) Cullen stellt der "Neuritis" die nichtentzündliche Neurose gegenüber, d.h. er glaubt, hier an funktionelle Affektionen, eine organisch-strukturelle Läsion entfällt.
- 3) In der medizinischen Lehrmeinung hält man sie für Krankheiten des Nervensystems. (Heutzutage würden wir diese in drei Bereiche teilen: a) Neurose (z.B. Hysterie) b) Psychosomatik (z.B. Magengeschwür) und c) Neurologie (z.B. Epilepsie)).

Es ist insgesamt als Eindruck aus damaliger Zeit festzuhalten, daß wohl die meisten Autoren die Diskrepanzen der Symptome zu spüren schienen, welche in die Kategorie Neurose (Punkte 1-3) eingeordnet wurden (vgl. Laplanche, 1986). Besonders hervorzuheben im Verlaufe der Geschichte des Neurosebegriffs sind Freud und Fenichel. Sie erarbeiteten jeweils komplexere Konstrukte und Erklärungsansätze, als man es in jener Zeit gewohnt war. 1895, in den Anfängen der Psychoanalyse, findet sich in Freuds Schriften häufig die Bezeichnung "gemischte Neurose". Dies bezeichnet die Tatsache, daß die psychoneurotischen Symp-

tome sehr oft mit Symptomen z.B. der Aktualneurose (s.u. Tab.1) kombiniert sind. So nimmt Freud (1895) an, daß sich dort eine Vermengung mehrerer spezifischer Ätiologien nachweisen läßt. Wissenschaftler früherer Zeit, wie Cullen (1776), gingen noch von monokausalen Zusammenhängen aus; Freud hingegen postulierte, daß Neurosen geradezu selten in reinem Zustand vorzufinden seien. Der Ausdruck "gemischte Neurose" soll den Leser hier nicht dazu verleiten, jegliche nosographische Einteilung abzulehnen. Er impliziert im Gegenteil, in der Neurosedagnostik eine differenzierte Bewertung zu gewährleisten. Man kann so den Anteil festlegen, der nur einer ganz bestimmten neurotischen Struktur und einem bestimmten Mechanismus zuzuordnen ist.

Für diese Arbeit erscheint mir ein Aspekt der Freud'schen Neurosenlehre besonders elementar: die Übertragungsneurose. Die psychoanalytische Erklärung unterscheidet sie von der narzißtischen Neurose, die dadurch charakterisiert ist, daß die Libido immer auf reale oder imaginäre Objekte verschoben ist, anstatt von diesen auf das "Ich" zurückgegangen zu sein. Daraus resultiert, daß jene Patienten der Behandlung zugänglicher sind, da sie sich zum Aufbau einer Übertragungsneurose im Sinne der "künstlichen Neurose" eignen; diese entsteht einzig aus der Beziehung zum Analytiker (vgl. Freud, 1895).

Wir werden an späterer Stelle (Kap. 2.4.) sehen, welche Bedeutung die Therapeut - Klient Beziehung als mögliche Störquelle von Fehlentwicklungen haben kann. Freud erkannte damals die Übertragungsneurose als notwendigen Vorgang und Zeichen

positiver therapeutischer Arbeit im Sinne einer gesunden Entwicklung an. Obgleich er das Zustandekommen der Übertragungsneurose als solch positives Element in der Dynamik der Behandlung bewertet, weist er 1920 auch auf die Gefahr hin, die in deren Entwicklung liegt:

"Der Arzt hat sich bemüht, den Bereich dieser Übertragungsneurose möglichst einzuschränken, möglichst viel in die Erinnerung zu drängen und möglichst wenig zur Wiederholung zuzulassen. (...). In der Regel kann der Arzt dem Analysierten diese Phase der Kur nicht ersparen; er muß ihn ein gewisses Stück seines vergessenen Lebens wiedererleben lassen und hat dafür zu sorgen, daß ein Maß von Überlegenheit erhalten bleibt, kraft dessen die anscheinende Realität doch immer wieder als Spiegelung einer vergessenen Vergangenheit erkannt wird" (Freud, 1920, S. 17, 18).

Hier ist zwar davon die Rede, daß der Analysand sich in eine für ihn unangenehme Situation begeben muß, doch wird dieser Schritt als unbedingt notwendig erachtet, grobe Fehler seitens des Therapeuten werden nicht diskutiert. Die Herstellung einer gleichberechtigten - symmetrischen Beziehungsstruktur wird nicht angenommen. Hingegen weist S. Rado in seinem Vortrag auf dem Salzburger Kongreß 1924 auf die "therapeutische Neurose" in den präanalytischen Techniken (Hypnose, Katharsis) hin und unterscheidet sie von derjenigen, die natürlicherweise bei der psychoanalytischen Behandlung entsteht. Weitergehende Sinnzusammenhänge, die etwa selbstkritisch der Beziehungsqualität zum Analysanden nachgehen, bleiben unerforscht.

Fenichel (1945) formulierte ebenfalls eine Neurosentheorie aus psychoanalytischer Sicht, welche Freuds Erkenntnisse um neuere Konzepte erweiterte. Allen Formen der Neurose sei gemein, daß

der normale und rationale Weg des Handelns gespalten sei: das Individuum reagiere sowohl auf seine äußere, wie auch innere Welt mit irrationalen Phänomenen, die nicht willentlich steuerbar seien. Die Funktionen des "Ichs" sind also gestört. Als eine Ursache nimmt er eine mangelnde Fähigkeit zur Informationsverarbeitung bzw. die Wahrnehmung einer Überflutung durch externe Stimuli an; eine andere Ursache sieht er in einer inneren Blockade; die Anforderungen der Umwelt werden nicht mehr adäquat beantwortet. Nahezu jede Belastung wird als unangenehm, eventuell sogar als Trauma empfunden - das Individuum zieht sich in seine neurotischen Symptome zurück.

Eine umfassende Darstellung des Neurosebegriffes würde den Rahmen vorliegender Arbeit überschreiten. Nehmen wir z.B. Freuds Theorie zum Thema, so stellen wir fest, daß er die Neurose gar nicht als einzelnes, diagnostisch abgrenzbares Symptom definierte. Vielmehr bezog er sie in Sinnzusammenhänge mit Begriffen ein wie: Trauma, Fixierung, Disposition, ungleichmäßige Entwicklung der Libido und des Ichs... Den interessierten Leser kann ich deshalb nur auf die angegebene Literatur verweisen.

Wie bereits beschrieben, wurde am Ende des 19. Jahrhunderts die Neurose gegen Affektionen abgegrenzt, die man als Nervenkrankheiten ansah. Ihre Klassifikation wurde vorwiegend nach ätiologischen Gesichtspunkten vorgenommen. Die "Psychose" hingegen war an Affektionen geknüpft, für die der Nervenarzt zuständig war und die sich im wesentlichen durch psychische Symptome auszeichneten. Parallel zu frühen Vorstellungen über Neurosen, nahm der Psychi-



ater Griesinger (1847) eine Einheitspsychose an. Ob ihre Ursachen ausschließlich im Nervensystem zu suchen waren, blieb unklar (Laplanche, 1986). Im historischen Verlauf betrachtet, wird der Psychosebegriff in der klinischen Psychiatrie meistens in einem extrem weiten Sinne verstanden, der eine ganze Skala seelischer Erkrankungen umfaßt, ob ihre Entstehung nun manifest organisch ist oder nicht. Diese Tatsache läßt sich z.B. für die Diagnose "Schizophrenie" bestätigen.

Fenichel bemerkte (1945, S. 415) zur Differentialdiagnose und Prognose der Schizophrenie:

"The label "Schizophrenia" is applied to so many different things that it is not even of value for the purpose of prognosis. (...). Certainly "Schizophrenia" is not a definite nosological entity, but rather embraces a whole group of diseases".

Wie wir sehen, hat es sich die Psychoanalyse nicht zu einer ihrer ersten Aufgaben gemacht, Klassifizierungen für alle seelischen Erkrankungen zu finden; das Interesse richtete sich vielmehr auf die Untersuchung direkt zugänglicher Affektionen. Erst später versuchte sie dann, die Psychose zu untergliedern (Paranoia/Schizophrenie und Melancholie/Manie). Die Frage war: gibt es gemeinsame Charakteristika, die zu gemeinsamen, spezifischen mentalen Prozessen passen? Freud beantwortete sie, indem er die schizophrenen Mechanismen in die Gruppe neurotischer Symptome gruppierte und beide dann um das Basiskonzept der "Regression" stellte (Freud, 1894). Somit war der Analytiker außer Stande zu sagen, ob der Ursprung angenommener Regression somatogen oder psychogen war.



Ein wichtiges Unterscheidungskriterium von Neurose und Psychose ist folgendes: bei der Neurose gehorcht das "Ich" den Anforderungen der Realität, die Triebanforderungen werden verdrängt; bei der Psychose kommt es zuerst zu einer Ruptur zwischen "Ich" und Realität, die das "Ich" der Herrschaft des "Es" überläßt. Im weiteren Verlauf (z.B. bei paranoidem Verhalten beobachtbar) baut das "Ich" eine neue Realität auf, die primär mit den Wünschen des "Es" übereinstimmt. In diesem Zustand befindet sich jeder Mensch im Prinzip als Säugling, wenn die Ichfunktionen noch nicht aufgebaut sind und die Triebwelt das Verhalten steuert. Aus diesem Grund wurde auch Freud (1894) dazu angeregt, sowohl Neurose, als auch Psychose als eine Art "Regression" in frühere Entwicklungsstadien anzusehen. Psychose bezeichnete er 1896 auch als "narzißtische Neurose".

Obwohl auch heutzutage das Verständnis des Psychosebegriffes mehr intuitiv als systematisch bleibt, finden sich in den geläufigen Definitionen Kriterien wie: die Unfähigkeit zu sozialer Anpassung, der Schweregrad der Störung, Störungen in den Kommunikationsfertigkeiten, fehlende Krankheitseinsicht und der Verlust des Kontaktes mit der Realität, d.h. mehr oder weniger irreversible Veränderungen des "Ichs" (Dörner/Plog, 1982).

Zusammenfassend läßt sich nun folgende Tabelle aufstellen, die die Entwicklung des Neurose-, und Psychosebegriffs in seinem Umfang in der psychoanalytischen Nosographie schematisiert. Die inhaltlich bereits dargelegten Bezüge werden hier lediglich anschaulich gemacht.

Tab. 1: Neurose- u. Psychosebegriff, historische Entwicklung

| Jahr/Autor                                              | S T Ö R U N G S B E G R I F F              |                                                               |                                            |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| 1776<br>(Cullen)                                        | Neurose mit<br>organischem Sitz            | Neuritis                                                      |                                            |                          |
| 1845<br>(Griesinger)                                    | --                                         | Einheitspsychose                                              |                                            |                          |
| 1915<br>(S. Freud)                                      | Aktualneurose,<br>Ursprung in<br>Gegenwart | N e u r o p s y c h o s e n<br><br>Übertragungs-/narzißtische |                                            |                          |
| 1920<br>(S. Freud)                                      | Aktualneurosen<br>gemischte<br>Neurosen    | Neurosen                                                      | narzißtische<br>Neurosen                   | Psychosen                |
| gegenwärtige<br>Einteilung<br>in der Psycho-<br>analyse | Psychosoma-<br>tische<br>Affektionen       | Neurosen                                                      | P s y c h o s e n<br>manisch-<br>depressiv | paranoid-<br>schizophren |

Die inhaltlichen Aspekte des Neurose-, und Psychosebegriffes können entweder strukturell oder symptomatologisch verstanden werden. Wir sollten festhalten, daß der zentrale Unterschied beider Begriffe in dem "Realitätsbezug" besteht, der bei allen Formen der Psychose teilweise oder ganz fehlt.

Soweit es die obigen, in der herkömmlichen Psychoanalyse und klinischen Psychiatrie vorgegebenen Grenzen der Begriffsdifferenzierung erlauben, wird im Folgenden ausschließlich mit dem Neurosebegriff gearbeitet.

In der Gegenwart gehen Fachleute in der Hauptsache von dem 1980 entwickelten "Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten" (ICD-9) oder dem "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM III" aus, nehmen sie Neurose- und Psychosediagnostik vor. Es bestehen in diesen modernen Diagnoseschematas Ähnlichkeiten zu den klassischen Begriffen, doch haben die Autoren jede überarbeitete Auflage modifiziert. So entfiel z.B. auf dem Weg vom DSM II (1968) zum DSM III (1980) die diagnostische Klasse der Neurose und wurde ersetzt durch "Affektive Störungen, Angstsyndrome, Somatoformen, Dissoziativen und Psychosexuelle Störungen". Auch wenn ich zuvor den Anschein erweckte, die Historie würde sich allzu sehr von der Gegenwart unterscheiden, verwendete S. Freud selbst damals diesen Begriff sowohl deskriptiv, (um das störende Symptom bei intakter Realitätsprüfung zu bezeichnen) als auch um den ätiologischen Prozeß (unbewußter Konflikt -- Angst -- Abwehrmechanismen) zu beschreiben. Über diese Art des Gebrauchs besteht heutzutage

keine Einigung. Ich vertrete die Meinung, daß dies davon abhängen sollte, welche Schwerpunkte man damit setzen möchte.

Wesentlich für unsere Ausgangsfrage ist, daß im DSM III die "Neurotische Störung" als Symptom betrachtet wird, welches diejenige Person quält und von ihr nicht akzeptiert und fremdartig empfunden wird; die Störung ist (ohne Behandlung) relativ lang anhaltend oder rezidivierend und beschränkt sich nicht auf eine vorübergehende Reaktion auf Belastungen; es gibt keine nachweisbare organische Ätiologie.

Zum ICD - 9 sei bemerkt, daß hier "Neurotische Störungen" deskriptiv definiert und nur solche kategorialen Bestimmungen eingeschlossen sind, die bereits historisch als "Neurosen" in früheren Standardklassifikationen enthalten waren. Eine genauere Darstellung entfällt daher. Die Information, welche mir von Bedeutung ist, bezieht sich auf das Diagnosekriterium, daß "Neurose" eine aus Patientensicht nachhaltige negative Beeinflussung seiner gesunden psychischen Funktionen sein muß.

Die nächstliegende Frage lautet:

Warum muß in vorliegender Arbeit überhaupt mit psychologisch-psychiatrischen Klassifikationen gearbeitet werden? Es entspricht meinem Interesse, in einer fachinternen, wissenschaftlich exakten und einheitlichen Sprache zu bleiben. Gleichwohl diese Argumentation einsichtig sein mag, birgt sie gewisse Schwierigkeiten, zumal selbst die heutigen Vorstellungen zur Pathogenese der Neurose, wie auch der Psychose, in ihren Annahmen der multi-

faktoriellen Entstehungsweise in ihren Grundzügen in vielen Punkten auf beide Störungen anwendbar sind. Nicht in allen Fällen ist eine Differentialdiagnostik von Neurose und Psychose derart schwer, jedoch ist eine Unterscheidung in manchen Fällen wenig wissenschaftlich abgesichert.

Beispielsweise können sich beginnende schizophrene Psychosen hinter neurotischen Symptomen verbergen. Die Grundphänomene an sich ermöglichen meist erst die dazugehörige Diagnose. Klassische Grenzfälle sind die Randpsychosen, Grenzpsychosen oder "Borderline cases".

Das Resümee ist demnach, daß einerseits die Überschneidungen oder Ähnlichkeiten der neurotischen mit der psychotischen Symptomatik einen Spielraum der Interpretation erlauben, der je nach Fachrichtung (medizinisch - somatogen versus psychogen - psychologisch) variieren mag, wobei eine Klassifikation von Seiten der Fachleute grundsätzlich für wünschenswert gehalten wird und in einigen praktischen Fällen auch durchaus problemlos anwendbar und sinnvoll ist. Der sich aus den bislang vorliegenden Informationen ergebende Weg zur Bildung von Klassen kann also für unser Wissen und den wissenschaftlich verantwortbaren Umgang mit ihm nur förderlich sein, wenn über die gebildeten Klassen wie sie z.B. im ICD - 9 oder DSM - III vorzufinden sind, zusätzliche Informationen angestrebt und erreicht werden. Auch dann, wenn eine Klasse nur eine geforderte und nicht eine bewiesene Einheit darstellt, kann sie heuristisch nützlich sein, da sie für das Erlangen neuer Informationen förderlich ist.

Ein letzter wichtiger Aspekt zur Klassifikation psychiatrischer

Störungsbilder ist die Heterogenität innerhalb der diagnostizierten Klassen. Es dürfte verständlich sein, daß es nur dann sinnvoll ist, einen Patienten als "phobisch" zu bezeichnen, wenn die Zugehörigkeit zu dieser Kategorie irgendetwas deutlich macht, das für diese Person spezifisch ist und ihn gleichzeitig von denjenigen, die nicht Mitglied der Klasse sind, unterscheidet. Es ist allerdings nicht realistisch, zu erwarten, daß die Störungsbilder sich ohne Kategorien nachweisen lassen. Der Anspruch einer eindeutigen kategorialen Abbildung, exakten Zuordnung und klaren Diagnostik muß demnach der jeweiligen individuell-phänomenologischen Praxis angepaßt werden. Gerade, wenn es um Fragen zur Differentialdiagnostik geht, sollte man sich als Wissenschaftler auf die Metaebene begeben und nach dem eigentlichen Sinn einer konkreten Diagnose und deren Entstehungsmöglichkeiten fragen, denn die Bedürfnisse nach Feststellungen zur Befindlichkeit psychiatrisch - psychologischer Patienten gehen von ihnen, wenigstens größtenteils, selber aus. Ihr Anliegen steht im Vordergrund und ist wichtiger als die Zuordnung ihrer Beschwerden in ein bestimmtes, allgemein anerkanntes Diagnoseschema. Die phänomenologische Darstellung der Individualproblematik erhellt zusätzlich zu einer denkbaren Kategorisierung gemäß ICD - 9 und/oder DSM - III eine konkrete Therapieplanung und damit die Perspektive einer erfolgreichen Veränderung der belasteten Person. Die Tatsache, daß die Forderungen, welche die exakt naturwissenschaftlich orientierte Forschung an uns stellt, nur schwer zu erfüllen sind, kann eine Untersuchung von Zigler und Philips (1961) exemplarisch zeigen.

Die Autoren gingen die Krankengeschichten ihrer 793 Patienten durch und bildeten vier, relativ breite diagnostische Gruppen, denen sie einzelne Patienten zuwiesen. Sie ermittelten die Häufigkeiten bestimmter Symptome in jeder dieser Gruppen. Wie ihre Auswertungen demonstrieren, enthält jede diagnostische Kategorie eine umfangreiche Anzahl von Patienten, die als "angespannt" eingestuft wurden; 32% derjenigen mit Charakterstörungen und 36% der Schizophrenen. Die Kenntnis, daß ein Patient angespannt ist, sagt also an sich wenig über die sinnvolle Zuweisung in eine Kategorie aus. Diese Beobachtung ist gleichermaßen für andere untersuchte Störungen zutreffend. Die Autoren geben uns damit eine ernstzunehmende Warnung zur vorbehaltlosen Anwendung von Klassifikationsschemata.

Die Bedenken gegen eine vorbehaltlose Anwendung von Diagnose-schemata beziehen sich darüber hinaus auch auf die Reliabilitäten der Kategorien. Wenn ein Klassifikationssystem brauchbar sein soll, müssen diejenigen, die es anwenden, zu einer Übereinstimmung darüber kommen, was zu einer bestimmten Klasse gehört und was nicht (Ward, 1962, Beck, 1982). Die Reliabilität ist also ein sehr wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Güte von Klassifikationssystemen.

Zum Abschluß möchte ich noch darauf hinweisen, daß die mangelnde Validität jener Diagnosekategorien eine potentielle Gefahr für diejenigen darstellt, die sie anwenden und für diejenigen, auf die sie angewendet wird. Obige Beispiele sind nur stellvertretend für die allgemein kritikwürdige Situation aufgegriffen worden. Es ist wichtig, sich die Divergenzen zur Bezeichnung des Psychose- und Neurosebegriffes zu verdeutlichen und zu erkennen, daß die Situation bezeichnend für die allgemeine Problematik der differentialdiagnostischen Zuordnungen ist. Wenn es im Folgenden primär um die "Neurose" geht, sollte man sich über ihre begriffliche Entstehungsgeschichte im klaren sein, sowie über deren Ab-



grenzung zu anderen Bereichen, wie zu dem der Psychose. Um überhaupt zu einer Antwort auf die in Kapitel 1.3. formulierten Hypothese zu gelangen, so muß erst eine Neurosedefinition vorangestellt werden, die operationalisierbar, d.h. in ihren Inhalten nachvollziehbar ist, um an späterer Stelle zu beurteilen, ob eine Neurose im Sinne eines negativen Psychotherapieeffektes unter der Voraussetzung hervorgerufen werden kann, daß bestimmte, noch genau zu benennende Faktoren wirksam werden und einen therapeutischen Erfolg (zumindest) unwahrscheinlich werden lassen.

#### 1.2. Eine auf die Ausgangsfragestellung bezogene Definition von "Neurose"

Das Thema "Neurose als Psychotherapieeffekt" ist nur unter der Bedingung verständlich, daß zunächst Bezug auf eine Neurosedefinition genommen wird, welche therapieschulenübergreifende Bedeutung besitzt und alle wesentlichen Variablen einer therapeutischen Situation enthält. Daraus ist der Anspruch abzuleiten, einen Neurosebegriff zu gebrauchen, der möglichst viele real existierende Faktoren der sehr komplexen Therapiesituation abbildet. Hierbei ist es nicht notwendig, sich an einer klassisch psychoanalytischen Neurosedefinition zu orientieren. Zudem gibt es mittlerweile eine große Zahl unterschiedlichster Neurosedefinitionen. Fast jede andere bekannte Therapierichtung, wie etwa die Gestalt-, Gesprächs-, Verhaltenstherapie und das Psychodrama haben in ihrem Rahmen klare Vorstellungen über eine eigene begriffliche Konzeption der Neurose entwickelt. So bleibt, wie oft in einer kritischen Wissenschaft, nur die Möglichkeit,



sich einer Operationalisierung des Neurosebegriffes zuzuwenden, welche im Hinblick auf die spezielle Fragestellung dieser Arbeit zu verwerten ist. Im Übrigen sei auf die gängige Literatur zur Neurose verwiesen (Freud, 1884, 1894, 1895, 1896, 1920, Fenichel, 1945, Langenmayr, 1978, Diagnosen-Schlüssel-Glossar, 1980, Fliegel 1981, Bastine, 1982).

Neurose wurde bislang allgemein als eine Erkrankung (organisch und/oder psychisch) verstanden, die das Resultat einer Fehlentwicklung eines Individuums ist. Ein recht seltener Beitrag ist daher jene Veröffentlichung von Cohen im "Journal of Psychology and Theology" (1982), in welchem von der "christlich induzierten Neurose" berichtet wird. Dieser Name ist recht ungewöhnlich und den Leser mag in diesem Zusammenhang das Wort "christlich" irritieren. In der Tat entsagen zahlreiche Therapeuten dem Christentum bzw. kommen viele Klienten gerade wegen Glaubenskrisen und religiös bedingten Schuldgefühlen in deren Praxis. Darüber hinaus zeigte der Autor leider nicht die genauen Entstehungsbedingungen der Störung auf. Immerhin weist er uns mit seinem Beitrag darauf hin, daß er möglicherweise eine therapie-induzierte Neurosenart zumindest in Betracht zieht. Er eilt insofern vielen Kollegen selbstkritisch und sichterweiternd voraus. Die Übertragbarkeit auf eine therapeutische Situation liegt nahe. Zu fragen wäre, ob überhaupt eine Neurose durch den psychotherapeutischen Prozess herbeizuführen ist? Der Ausgangspunkt aller nachfolgenden Überlegungen ist also eine Umkehrung der herkömmlichen Sichtweise über die Möglichkeiten zur Entstehung einer Neurose. Dazu muß zuerst eine Definition voran-

gestellt werden, auf die später Bezug genommen werden kann.

Unter Berücksichtigung der verbindlichen Klassifikation der Krankheiten (WHO) wird von Höck (1979, S. 33-37) folgende Erscheinung als Neurose bezeichnet:

"ERLEBNISBEDINGTE STÖRUNGEN DER PERSON - UMWELT - BEZIEHUNG  
MIT PSYCHISCHER UND/ODER KÖRPERLICHER SYMPTOMATIK VON KRANK-  
HEITSWERT"

Mit dieser einheitlichen Definition wurde ein Neurosebegriff geschaffen, der eine klare Abgrenzung gegenüber nicht erworbenen, anlagegemäßen Störungen ermöglicht und der gleichzeitig erlaubt, ätiopathogenetisch unterschiedliche, aber phänomenologisch gleichartige Erscheinungsbilder der psychogenen Reaktionen mit Krankheitswert zu umfassen. Weiterhin enthält sie alle wesentlichen Variablen einer Therapiesituation. Diese Charakteristika machen eben die spezielle Nützlichkeit gerade dieser Definition aus, die der Leser nun auf dem Hintergrund sonstiger Mängel diverser anderer Neurosedefinitionen (vgl. s. o.) selbst überschauen kann. Zur Operationalisierung des verwendeten Neurosebegriffes sollen die in obiger Definition verwendeten Termini nun genauer beschrieben werden:

#### a) Erlebnisbedingte Störungen

Es handelt sich um Störungen, die das "Erleben", also den emotionalen Bereich der Persönlichkeit betreffen. Die notwendige

Voraussetzung dafür, daß bestimmte Umweltereignisse, Begegnungen mit Personen zu einem Erlebnis werden, ist, daß sie zum Zeitpunkt des Geschehens für die betreffende Person bedeutsam sind.

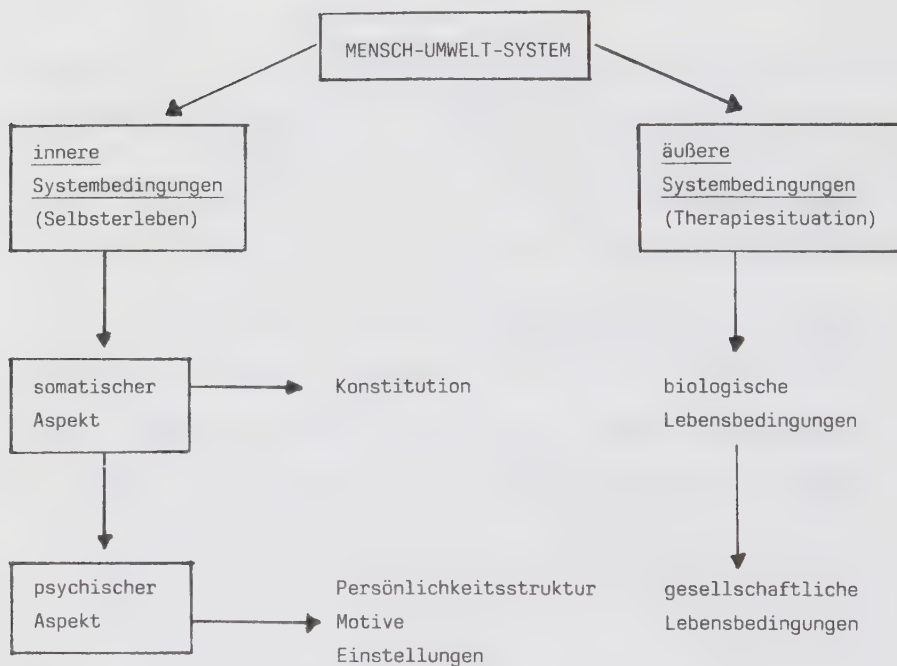
Störungen der Erlebnisverarbeitung werden vor allem durch Erlebnisse hervorgerufen, deren inhaltlich - emotionale Charakteristik durch einen negativ eingefärbten Bedeutungsgehalt für die erlebende Persönlichkeitsstruktur in Form von "ängstigend, bedrohend, beunruhigend, kränkend, enttäuschend" bestimmt wird.

#### b) Person - Umwelt - Beziehung

In somatischer Hinsicht wirken hier biologische Lebensbedingungen auf Konstitutionelles ein, in psychischer Hinsicht beeinflussen gesellschaftlich-soziale Lebensbedingungen die Persönlichkeitsstruktur und umgekehrt. Dies wird mit Hilfe von Abb. 1 deutlich:

Abb. 1: (i. Anlehnung an: Höck, 1971, S. 359)

Funktionseinheit des Mensch-Umwelt-Systems



Der Abbildung entsprechend ist pathogenetisch entscheidend für eine erlebnisbedingte Störung (Neurose) die Konstellation zwischen äußeren, die Persönlichkeit belastenden Ereignissen (Art, Stärke, Dauer), der individuellen somatisch-psychischen Disposition (Persönlichkeitsstruktur, Konstitution) und dem

biographischen Zeitabschnitt, in dem die äußeren Bedingungen auf die inneren treffen (aktuelle und chronische Konfliktsituation). Sämtlich genannte Faktoren spielen in jeder Psychotherapie eine Rolle für den Behandelten und beeinflussen den Erfolg therapeutischer bzw. eigener Bemühungen.

Höcks Ausführungen erinnern an eine der wichtigsten Beiträge aus der psychosomatischen Forschung. Dieser besagt, daß pathogenetisch entscheidend für den Ausbruch einer Erkrankung erst das komplexe Zusammenspiel verschiedener Faktoren sei, wobei jede Erkrankung zudem noch in sich heterogen sei (H. Weiner, 1979, S. 609): "These conflicting observations and views have usually ascribed to the unreliability of clinical observation or to the lack of sensitive of psychological testing used to verify clinical psychiatric observations. ... If ... these diseases are in fact heterogenous, there may also be heterogeneity in psychological factors".

Der Komplexität genügen wir, indem eine derart umfassende Definition der Erkrankung "Neurose" verwendet wird, welche sämtliche therapierelevanten Merkmale beinhaltet. Ebenso verhält es sich mit der Heterogenität.

### c) Psychische und/oder körperliche Symptomatik

Es soll davon ausgegangen werden, daß die Bezeichnung "Neurose" in jedem Fall eine Gesundheitsstörung voraussetzt, die sich in entsprechenden Symptomen und Beschwerden äußert. Es ist leicht vorstellbar, daß negative Therapieeffekte sowohl physische, wie psychische Anteile aufweisen. Beide Ebenen sind in vertauschter Reihenfolge vorzufinden und oftmals ist die Frage nicht einfach zu klären, ob der Klient eine psychosomatische und/oder somatopsychische Reaktion zeigt. Der Aspekt einer sauberen Trennung ist für unsere Zwecke nur untergeordnet. Wichtig ist, daß, wenn wir von einer "therapeutisch-induzierten Neurose" sprechen, damit eine Gesundheitsstörung

meinen, die seelische und körperliche Beeinträchtigungen berücksichtigt.

#### d) Krankheitswert

Der Krankheitswert ist deshalb ein strittiges, uneindeutiges Kriterium, weil es hauptsächlich durch das subjektive Empfinden des Individuums bestimmt wird. Diesbezüglich sind in der Gesamtbevölkerung große Variationen festzustellen.

K. Seidel (1973, S. 36) unternahm den Versuch, dem Begriff der Krankheit relativ hohe Allgemeingültigkeit zu verleihen. Zum besseren Verständnis seien zwei Auszüge seiner Zitate entnommen: "Offensichtlich kommt es bei der Definition des Krankheitsbegriffes darauf an, eine Normierung zu finden, die einerseits die Dialektik von biologischen Dimensionen des Menschen berücksichtigt und sowohl die im Organischen liegenden Ursachen und Auswirkungen krankhafter Vorgänge als auch die gesellschaftlichen Bedingungen und Konsequenzen der Krankheit erfaßt"... "Gesundheit ist demzufolge anzunehmen, wenn der einzelne je nach den konkreten Bedingungen, denen er unterliegt, also in Abhängigkeit von seiner beruflichen und persönlichen Entwicklung und seiner Stellung in der Gesellschaft in der Lage ist, eine optimale Anpassung an diese konkret bestehenden Anforderungen im Zustand weitgehend körperlich und psychischen Wohlbefindens vorzunehmen. Krankheit liegt vor, wenn diese optimale Anpassung aus Gründen gestörter Körperfunktion oder Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit und psychischen Bewältigung der konkreten Lebenssituation aufgehoben ist."

Den Krankheitsbegriff richtet Seidel (1973) eher ganzheitlich aus, wobei er gleichzeitig eine präzise Einzeldiagnostik für nötig hält. Dieses Verständnis von Krankheit allgemein ist hier deshalb vorteilhaft, weil einerseits die Behandlung nicht einseitig erfolgt und andererseits eine Vertiefung der Individualproblematik zugelassen wird. Neurose als Psychotherapieeffekt läge in dem Fall dann vor, wenn jene optimale Anpassung des

Klienten (bzw. Therapeuten) aus Gründen körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung durch die konkrete Therapiesituation aufgehoben wäre.

Entsprechend der angegebenen Definition können nun die Bedingungen angegeben werden, die erfüllt sein müssen, um eine Störung als "Neurose" zu bezeichnen:

1. Es muß eine Störung der Fähigkeit zur aktiven Gestaltung der Wechselbeziehung zwischen Persönlichkeit und den für sie konkret bestehenden Anforderungen der Umwelt mit Einschränkung ihres körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, damit also eine Gesundheitsstörung vorliegen.
2. Es müssen psychische und/oder körperliche Symptome oder Beschwerden vorliegen, die nicht durch nachweisbare organopathologische Veränderungen zu begründen sind.
3. Es muß eine aktuelle oder fixierte Fehleinstellung des Patienten nachweisbar sein.
4. Es muß sich um eine erlebnisbedingte Störung handeln.
5. Es müssen andere, auch teilweise oder vorwiegend erlebnisbedingte Störungen, die durch eine qualitativ andersweitige Symptomatik charakterisiert sind, wie Psychosen (ICD-9, 295-299), Suchten (ICD-9, 303-304) und Perversionen (ICD-9, 302) ausgeschlossen werden. Es muß sich um eine nachhaltige Störung mit Krankheitswert handeln.

Nur mit Hilfe der vorangegangenen Neurosedefinition, deren Operationalisierung und der Darstellung ihrer Bedingungsfaktoren wird es uns künftig möglich sein, zu überprüfen, ob genau in diesem Sinne eine "Neurose als Psychotherapieeffekt" vorstellbar oder gar empirisch nachweisbar ist. Dazu soll allerdings erst ausführlich in Kapitel 3.10. eine Stellungnahme erfolgen. Wie bereits erwähnt, hat nahezu jede Therapieschule ihre eigenen Vorstellungen über die Pathogenese, Diagnose und Therapie der Neurose entwickelt. Soll also auch in dieser Arbeit streng nach den verschiedenen Therapieschulen unterschieden werden?

#### 1.2.1. Das Verständnis von "Neurose" in verschiedenen therapeutischen Schulen

Der Neurosebegriff wird heutzutage bereits von jeder allgemein bekannten Therapierichtung eigenständig definiert und hergeleitet (Barton 1979, Dörner 1982). Das bedeutet, die Frage, ob eine Neurose durch Psychotherapie entstehen kann, muß spezifiziert werden; sie würde dann heißen: wird durch eine Verhaltenstherapie genau solch eine Art der Neurose herbeigeführt wie diese sie selbst definiert? Die therapieübergreifende Implikation ist, daß dann jede Therapierichtung in der Art bzw. Wirkung ihrer spezifischen Formen psychotherapeutischer Interventionen nachweislich unterscheidbar sein müßte. Ansonsten wäre es ausgeschlossen, eine "verhaltenstherapeutisch induzierte Neurose" in Abgrenzung zur "gesprächstherapeutisch induzierten Neurose" anzu-



nehmen.

Oberflächlich betrachtet, fand ich in gängigen Lehrbüchern zur Gesprächs- und Verhaltenstherapie - diese beiden seien willkürlich genannt - therapiespezifische Interventionen. Es ist jedoch nicht untersucht worden, inwieweit sich die Arten der psychischen Beeinflussung von Seiten verschiedener Therapeuten, aber auch von Seiten der Klienten gegeneinander abgrenzen lassen. Mittag und Lohmann (1982) führten dazu eine Untersuchung durch, deren wichtigste Ergebnisse ich an dieser Stelle kurz referieren werde:

Ihre Fragestellung lautete: Lassen sich die Psychoanalyse, die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie und die eklektischen Verfahren in den Dimensionen "Aktiv vs. Passiv" und "Meinung äußern/Verstärken versus Dramatisieren/Reflektieren (VEE)" diskriminanzanalytisch unterscheiden?

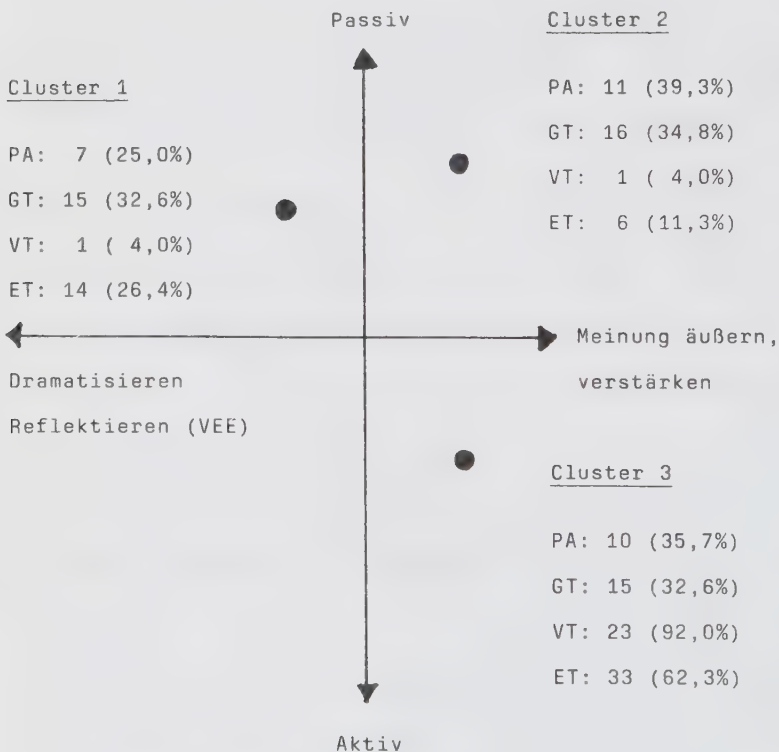
Betrachten wir Abbildung 2 (Mittag/Lohmann, 1982, S. 249), so wird deutlich, daß in jedem Cluster Therapeuten ganz unterschiedlicher Orientierungen vorzufinden sind. Die Gruppe der Psychoanalytiker wie auch der Gesprächspsychotherapeuten verteilen sich gleichmäßig auf alle drei Cluster; die eklektisch orientierten Psychotherapeuten sind zu etwa einem Drittel im ersten und zu zwei Dritteln im zweiten Cluster vertreten; dagegen sind 92% aller Verhaltenstherapeuten in Cluster 3 angesiedelt. Dieses Ergebnis zeigt uns in anschaulicher Weise, daß weder Psychoanalytiker noch Gesprächstherapeuten als homogene Gruppe angesehen werden dürfen. Lediglich die Verhaltenstherapeuten erscheinen

in der erzeugten Clusterlösung als relativ homogene Gruppierung.

Abbildung 2: Darstellung der Clusterschwerpunkte im

Diskriminanzraum

(entnommen aus: Mittag/Lohmann 1982, S. 249)



PA = Psychoanalyse

GT = Gesprächspsychotherapie

VT = Verhaltenstherapie

ET = Eklektische Verfahren

Wie groß ist die Nützlichkeit jener Befunde in Hinblick auf die Ausgangsfragestellung?

Die grundlegende Frage für das weitere Vorgehen, ob es zweckmäßig sei, die negativen Therapieeffekte getrennt nach Therapieschulen zu differenzieren und im Folgenden auszuführen, ist nun begründet zu verneinen, da die jeweils untersuchten Gruppen nicht hinreichend homogen in den gemessenen Merkmalen sind. Theoretische Orientierungen oder spezifische Behandlungsmethoden wie beispielsweise die Gesprächspsychotherapie oder Verhaltenstherapie stellen somit keine homogenen Behandlungsbedingungen dar und sollten nicht entsprechend einer Uniformitätsannahme als unabhängige Variablen in die Therapieforschung eingehen. So ist es sinnvoll, daß den negativen Therapieeffekten (Kapitel II) eine Neurosedefinition vorausgeht, die auf alle therapeutischen Schulen bzw. Interventionsformen anwendbar ist. Wie auf dieser Grundlage die Argumentationsstruktur der Arbeit aufgebaut sein wird, soll durch nachfolgenden Abschnitt transparent werden.

### 1.3. Hypothesenstellung

Die Ziele vorliegender Arbeit ergeben sich aus den bereits genannten Überlegungen wie folgt:

1. Die Faktoren/Variablen, welche innerhalb des psychotherapeutischen Rahmens zu einer Symptomverschlechterung ("therapieinduzierte Neurose") führen können, sollen thematisiert und differenziert werden.
2. Die spezielle Zielgruppe dieser Arbeit ist im besonderen die

der praktisch tätigen Psychotherapeuten. Sie mögen sich anhand der ihnen vorliegenden Ergebnisse ihrer eigenen Interventionen bewußter werden und sich anleiten lassen, Rückmeldungen über ihr eigenes Therapeutenverhalten kritischer zu hinterfragen und konkrete Konsequenzen für die eigene Praxis ziehen.

3. Ziel dieser Arbeit soll es sein, aus den dargestellten Befunden der Therapieerfolge/ -mißerfolge Konsequenzen für zukünftige Richtlinien zur Ausbildung von Psychotherapeuten abzuleiten.
4. Daran anknüpfend mögen die klinischen Praktiker zu der speziellen Überlegung Stellung beziehen, welche Bedeutung die Reflexion über eigenes therapeutisches Handeln, z.B. in Form der Selbsterfahrung innerhalb der therapeutischen Weiterbildung, für sie haben kann.
5. Ein eher sekundäres Anliegen der Arbeit ist es, einerseits denjenigen Personen fundierte und differenzierte Gegenargumente liefern zu können, welche behaupten, Psychotherapie sei per se schlechter als gar keine Form der psychischen Beeinflussung. Andererseits soll sie diejenigen "Therapieeuphoriker" zur Selbstkritik anregen, die eine durchweg positive und eventuell unkritische Sichtweise von Psychotherapie entwickelt haben. Zusammenfassend könnte dieses Ziel heißen: Abbauen der Vorurteile gegenüber Psychotherapie durch Vermittlung besserer Kenntnisse ihrer Wirkungsmöglichkeiten, Anleitung zur Selbstkritik und Entwicklung von Zukunftspers-

spektiven therapeutischen Handelns.

Die Hauptfragestellung vorliegender Arbeit lautet daher in Hypothesenform wie folgt:

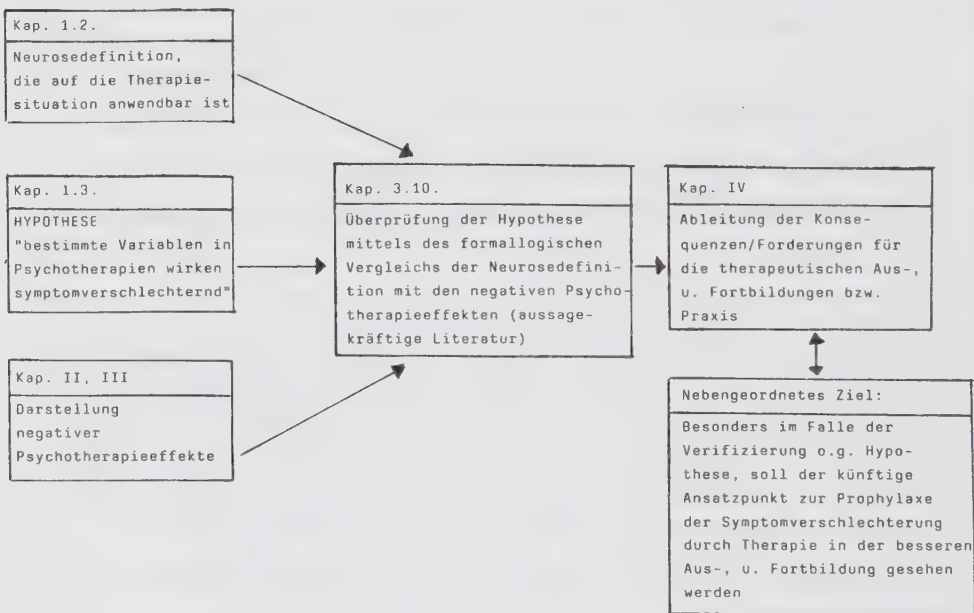
H1: BESTIMMTE VARIABLEN (WIE Z.B. THERAPEUTENMERKMALE, STÖRUNGEN IN DER THERAPEUT - KLIENT BEZIEHUNG, BEHINDERUNGEN DURCH INSTITUTIONELLE SACHZWÄNGE, MANGELNDE AUS- UND FORTBILDUNGEN VON THERAPEUTEN) KÖNNEN SICH IN EINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG SYMPTOMVERSCHLECHTERND AUF DEN KLIENTEN AUSWIRKEN.

Zum Zwecke der Überprüfung genannter Hypothese werde ich die den therapeutischen Prozeß negativ gestaltenden Einflußgrößen im einzelnen behandeln. Ich werde dabei auf die Ergebnisse zurückgreifen, die bereits von Psychotherapieforschern veröffentlicht wurden und speziell im Hinblick auf die Beantwortung der Ausgangsfragestellung als nützliche Hinweise beurteilt werden können.

Unter den im Kapitel III explizierten Variablen sind von vielen Autoren Namen gewählt worden, wie etwa der Begriff des "Widerstandes" oder der "Reaktanz". Während der Durchsicht der verwendeten Literatur erschien es mir sinnvoll, diesen beiden global verwendeten Phänomenen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da bei der Literaturdurchsicht der Eindruck entstand, daß viele an sich unterscheidbare Therapieeffekte unter jenen beiden Begriffen bislang relativ unkritisch und undifferenziert blieben.

Welcher Argumentationsstruktur wird nun fortwährend nachgegangen werden?

Abb. 3: ARGUMENTATIONS- UND ORGANISATIONSSTRUKTUR



An den Anfang stelle ich also eine Neurosedefinition, welche allgemein anerkannt und konkret ist (WHO, vgl. Kap.1.2.).

Ich gehe aufgrund obiger Erläuterungen davon aus, daß sie alle wesentlichen Variablen enthält, die in der therapeutischen Situation vorzufinden sind. Dem gegenüber steht die Darstellung der verschiedensten negativen Psychotherapieeffekte mittels aussagekräftiger Untersuchungen. Der zentrale Punkt besteht in dem Vergleich jener Neurosedefinition mit den Psychotherapieeffekten

in Form der Hypothesenüberprüfung (Kap. 3.10.), aus der ersichtlich sein soll, inwiefern durch Therapien tatsächlich "etwas" erzeugt werden kann (und bereits empirisch nachweisbar ist), was man berechtigt als "therapieinduzierte Neurose" bezeichnen kann. Besondere Beachtung soll nicht dem Begriff "Neurose" an sich geschenkt werden, sondern der teilweisen Umkehr der herkömmlichen Sichtweise über die Entstehung und Wirkungsmöglichkeiten psychotherapeutischen Handelns. Unmittelbar damit verbunden sind die Konsequenzen für all diejenigen, welche bereits Therapien durchführen (klinische Praktiker aller Fachrichtungen) und künftige Therapeuten. Im Anschluß an Hinweise zur möglichen Verhinderung derartig negativer Therapieeffekte werden einige Fragen aufgeworfen, die die Therapieforschung zur Weiterentwicklung anregen sollen.

#### 1.4. Resümee

Das Resümee aus den einleitenden Gedanken ist:

1. Zur Überprüfung der Hypothese dieser Arbeit ist eine Neurosedefinition herangezogen worden, die zum später vorzunehmenden Vergleich mit den negativen Therapieeffekten als Bezugspunkt benötigt wird.
2. Die formallogische Analyse der negativen Therapieeffekte wird nicht nach verschiedenen therapeutischen Schulen getrennt vorgenommen.
3. Anstelle jener Differenzierung nach Therapieschulen erscheint

eine andere Vorgehensweise sinnvoll, welche negative Therapeuten-, bzw. Klientenvariablen erfasst.

4. Die dem Kapitel II zugrunde liegende Literatur ist meist neueren Datums und die Bandbreite der Autoren ist absichtlich groß gewählt (von Psychoanalytikern bis hin zu Psychodramatikern), um abschließend repräsentative Aussagen über die allgemeine Praxis der Psychotherapie formulieren zu können.

Es ist noch zu bemerken, daß ich bewußt hauptsächlich negative Auswirkungen der Psychotherapie darstellen werde. Dies geschieht nicht in der Absicht, sie generell destruktiv zu kritisieren, sondern um eventuell Anhaltspunkte zu finden, die Therapiesituation demnächst hilfreicher für die Klienten zu gestalten. Ausserdem berichten die meisten Autoren, die Studien zur Psychotherapieforschung beigetragen haben, über deren positive Auswirkungen. Überall ist zu lesen, welcher Weg in einer "guten, gesund machenden" Therapie gegangen wird. Die vorliegende Arbeit hat eben genau dieses Ziel. Sie versucht dabei lediglich, Licht auf einen anderen, bislang selten von professionellen Therapeuten beschrittenen Weg zu werfen, der seine Kompetenzen in Frage stellen und Verbesserungsvorschläge seiner eigenen beruflichen Entwicklung aufzeigen kann.



## 2.1. Negative Auswirkungen in der Psychotherapie

Die in der Literatur meist vorzufindenden Untersuchungen zum Thema beschreiben die allgemein bekannten Strategien zur Symptombesserung (Bastine, 1982). Obwohl diese Art psychotherapeutischer Auswirkungen bei den Klienten überwiegen sollten, ist es ebenso wichtig, auch einmal die möglichen negativen Auswirkungen in Augenschein zu nehmen. Diese Perspektive darf nicht nur so verstanden werden, als wäre die Psychotherapie die Ursache einer Verschlechterung; ebenso wenig ist es richtig, anzunehmen, daß positive Veränderungen, die nach Psychotherapien beobachtet werden, unbedingt die Folge der Behandlung sind. Zumindest muß in diesen Fällen erst einmal demonstriert werden, daß die positiven oder negativen Veränderungen größer als jene sind, die ohne Psychotherapie erwartet werden können. Wie seitens mehrerer Autoren übereinstimmend festgestellt wird (Rachmann/Schulz, 1984), besteht bislang ein Mangel an eindeutigen Beweisen für die positiven Auswirkungen der Psychotherapie.

Eine genaue Darstellung dieses sogenannten "Durchschnittseffektes" bringt Bergin (1967, S. 96): "Wenngleich einige Forschungen nur geringe Unterschiede erkennen lassen hinsichtlich des durchschnittlichen Veränderungsgrades, der bei Experimental- und Kontrollgruppen auftritt, so zeigte sich bei der Katamnese eine signifikante Zunahme in der Streuung der Kriteriumswerte". Diese Beobachtung wurde in sieben sorgfältig geplanten Untersuchungen über psychotherapeutische Ergebnisse gemacht. Erstaunlicherweise wird dadurch nicht impliziert, daß einige Behandlungsfälle Besserung und andere Verschlechterung aufwiesen und auf diese Weise zu einer Streuung der Kriteriumswerte nach Behandlungsschluß führten.

Die meisten Untersuchungen lassen nur die Schlußfolgerung zu,

daß die Psychotherapie entweder fähig ist, einer großen Anzahl von Personen zu helfen und einer ungefähr gleichgroßen Anzahl von Personen Schaden zuzufügen, oder nur sehr wenigen Patienten wird durch die Psychotherapie geschadet und ebenso wenigen geholfen. Als mögliche Folge dieser Alternativen bleibt hinzuzufügen, daß entweder eine große Anzahl von Therapeuten wirksam und eine ebenso große Anzahl schadenbringend behandeln, oder die meisten Therapeuten relativ wirkungslos und gleichzeitig relativ harmlos sind.

Bergin (1967, S. 78) fand ein weiteres Phänomen, das er "Patienten Verschlechterung" nannte: "Bei sorgfältigem Durchlesen des Berichtes finden sich Hinweise, daß sich von 25 Therapiepatienten 6 (24%) in Bezug auf die Selbst - Ideal - Korrelation zwischen der Zeit vor der Behandlung und dem Zeitpunkt der Nacherhebung verschlechtern."

Zusammenfassend gesehen sind die Belege für Bergins Auffassung dürftig. Eine Verallgemeinerung ist deshalb unzulässig. Das "Verschlechterungsphänomen" liefert lediglich eine Teilerklärung für einige der sogenannten durchschnittlichen psychotherapeutischen Ergebnismerte. Eine vollständige Erklärung vermag es nicht zu geben. Es sollte noch erwähnt werden, daß Bergin darüber hinaus annimmt, die Wahl einer angemessenen und positiv wirksamen Behandlungsmethode für eine spezifische Störung sei eine weitere Determinante therapeutischer Ergebnisse und wahrscheinlich sogar die wichtigste.

An dieser Stelle möchte ich grundsätzlich zu bedenken geben, daß Therapie nicht nur aus Zuwendung bestehen kann, sondern auch aus Belastung und dies, ohne daß Sicherheit über den Behandlungserfolg besteht. So wird einsichtig, daß die Themen "Aufrechterhaltung der Motivation", "Widerstand" und "Kooperationsbereitschaft" Probleme in sehr vielen Therapien darstellen. Eine Überbetonung der Bedeutung von wissenschaftlich begründbaren Therapiemethoden ist unangebracht. Die notwendige Balance zwischen

Unterstützung und Belastung ist daher ebenso bedeutsam wie der konkrete Einsatz gezielter therapeutischer Interventionen. Eine mögliche Hilfe, diese kritischen Punkte gemeinsam mit dem Klienten zu überwinden, bietet Grawe (1980) durch seinen verhaltenstherapeutischen Ansatz. Er vertritt die Ansicht, als Therapeut müsse man sich zunächst auf den interaktionellen Stil des Klienten einlassen, ja diesen eventuell erst provozieren, um dann schrittweise Umstellungen im Umgang mit der Beziehung zu erreichen. Das bedeutet: der "nicht neurotische" Therapeut müsste die neurotischen Beziehungsmuster teilweise weiterhin bestehen lassen, um eine Besserung herbeizuführen. Rachmann (1971) argumentierte diesen Ansatz ähnlich. Er glaubte, daß die "Besserung" durch eine Verfestigung der neurotischen Abwehrmechanismen gekennzeichnet sei. Es schließt sich die Frage an: Kann also die Psychotherapie u.a. durch die Verfestigung neurotischer Abwehrmechanismen charakterisiert werden? Dies genau ist das Thema der vorliegenden Arbeit.

Negative Auswirkungen können, dies ist ein zusätzlicher Anhaltspunkt aus alltäglichen Beobachtungen in der Praxis, zur Begründung der Ausgangsfragestellung, durch die Unzulänglichkeiten von psychodiagnostischen Testverfahren hervorgerufen werden, die in ihren unter Umständen langfristigen Konsequenzen den Patienten zum Schaden gereichen. In der Regel wird die Diagnose der Therapiephase vorgeschaltet. Zunächst erfolgt eine gezielte Indikationsstellung. Sie wird aufgrund aller diagnostischen Hinweise getroffen. Testverfahren sind somit entscheidend für den gesamten weiteren Verlauf der Veränderungsplanung. Ihre Bedeu-

tung, auch im potentiell gefährdenden Sinn, ist also nicht zu unterschätzen.

Als weiterer negativer Psychotherapieeffekt ist die Tatsache zu bewerten, daß Psychiater dazu tendieren, große Mengen von Antidepressiva und anderen Psychopharmaka zu verordnen (Schulz et al, 1984), obwohl diese Maßnahme eine in längst nicht allen Fällen den Ursachen der Störung entsprechende Indikationsform ist. Dies entspricht auch meinen alltäglichen Beobachtungen.

Negative Auswirkungen beziehen sich im Folgenden auch auf die Person des Therapeuten, gleich welche Fachrichtung er bevorzugt. Fengler (1982) fand im Rahmen seiner Untersuchung heraus, in welchen Aspekten Therapeuten unterschiedlicher Schulenzugehörigkeit in ihrem Handeln Gemeinsamkeiten aufweisen. So wird jeder Therapeut notwendig Partei für den Klienten ergreifen und in gewisser Weise mitleiden. Als wiederkehrende Gefahren bei langjährigem nichtberuflichen therapeutischen Handeln (privater Bereich) wurde im einzelnen beobachtet: Klientifizierung des nichtberuflichen Bekanntenkreises, Stereotypisierung des Helfens und das Erschöpfungssyndrom. Die seelische Gesundheit des Psychotherapeuten ist nicht nur für ihn selbst, sondern auch für seine Klienten von elementarer Bedeutung; so finde ich es wichtig, obige Befunde als langfristig gesundheitsgefährdende Risikofaktoren zu betrachten und Überlegungen zur Prävention anzustellen.

Insgesamt wird ersichtlich, daß bis jetzt unklar geblieben ist,

ob Therapien mehr nützlich als schädlich sind; die bislang durchgeführten Untersuchungen weisen hinsichtlich dessen nur geringe Qualitäten bzw. Aussagekraft auf. Tatsache ist, daß Psychotherapie für den Klienten nicht nur positive Veränderungen beinhaltet, sondern in den meisten Fällen eine erhebliche Belastung bewirkt; u.a. werden die negativen Konsequenzen durch die Anwendung unzulänglicher Testverfahren und der nicht zu vertretende Umgang mit Psychopharmaka genannt. Diese Effekte wären allerdings zu vermeiden. Wir sehen, daß die negativen Auswirkungen der Psychotherapie sowohl das Befinden des Klienten, wie auch das des Psychotherapeuten einschließen. Dieser erste Einblick soll dem Leser einen Eindruck in die bisher erfolgten bzw. fehlenden Bemühungen der Psychotherapieforschung zu diesem Thema gewähren. Als nächstes stelle ich eine konkrete Auswirkung von Psychotherapien dar, die in der Praxis gehäuft vorzufinden ist - der vorzeitige Therapieabbruch.

### 2.1.1. Der vorzeitige Therapieabbruch

Der frühzeitige Abbruch durch den Patienten, der einen großen Anteil (aus amerikanischen Kliniken wird berichtet, daß zwischen 30% und 60% aus der Therapie ausscheiden, ohne diesen Schritt vorher mit dem Therapeuten zu besprechen, Strotzka (1978)), der therapeutischen Anstrengungen als Verschwendung erscheinen läßt, lohnt einer gesonderten Betrachtung. Solche Ausfälle werden im allgemeinen den "unpassenden Patienten", aber auch dem Mangel an Flexibilität des Therapeuten und der therapeutischen Technik zugeschrieben. Besonders der erste Punkt scheint aufklärungswürdig

zu sein. Patienten niedriger Sozialschichten und geringer Bildungsniveaus zählen zu den häufigsten Ausfällen (Imber, Nash and Stone, 1955). Vor allem dürfte gelten, daß Therapeuten, die nachweislich vorwiegend der Mittelschicht entstammen, an Unterschichtpatienten mit negativen Erwartungen und Vorurteilen herangehen. Die Zentrierung der Unterschichtangehörigen auf somatische Beschwerden, so Strotzka (1978), könne gleichwohl ein psychotherapeutisches Artefakt sein, so daß es die Therapeuten seien, die sich auf Körperzustände beschränken, da ihnen eine andere Kommunikation schwerfalle. Diese Problematik wird mir u.a. des öfteren in Supervisionsgruppen berichtet: die befragten Therapeuten halten es für schwierig, ihre eigenen Vorbehalte gegen Unterschichtpatienten zu bearbeiten, da sie langjährig im Laufe ihrer persönlichen Sozialisation entstanden sind und sich verfestigt haben.

An dieser Stelle findet sich außer der oben angedeuteten Kritik von Grawe (1980) ein weiterer Hinweis in gleicher Richtung, der uns darauf aufmerksam machen sollte, daß "unbeabsichtigte" therapeutische Mißerfolge in Faktoren begründet sein können, die in engem Zusammenhang mit der Qualität der Therapeut - Klient Interaktion stehen. Es ist in Ergänzung zu obigen Beobachtungen zu vermuten, daß durch eine erhöhte Bereitschaft der Therapeuten, sich mit den Lebensumständen der Unterschicht vertraut zu machen und ihre Ausdrucksformen zu berücksichtigen, ein Verbleiben des Klienten in der Therapie erreicht und somit die therapeutische Effektivität gesteigert werden kann. Eine Reihe von Persönlichkeitsmerkmalen, die sich als Prädiktoren des frühzeitigen Ab-

bruchs in einer Reihe von Strotzkas Untersuchungen (1978) isolieren ließen, steht in engem Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit: Therapieabbrecher sind im Durchschnitt eher impulsiv, relativ wenig ängstlich, nonkonform gegenüber Autoritätspersonen, zeigen in ihrer Lebensgeschichte überdurchschnittlich häufig antisoziales Verhalten, sowie Defizite in ihrer verbalen und emotionalen Ausdrucksfähigkeit, zeigen sich relativ unfähig, soziale Beziehungen herzustellen und aufrecht zu erhalten und anerkennen selten Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und dem der anderen gegenüber. Außerdem findet man seit längerer Zeit in der USA "Drop - Out" Phänomene, die mit der Rassenzugehörigkeit korrelieren. Stone (1985) traf bei dunkelhäutigen Psychotherapiepatienten auf eine deutlich höhere Abbruchrate bei hellhäutigen als bei farbigen Therapeuten. Will man das Problem des Ausscheidens in umfassender Weise behandeln, so muß die Darstellung auch die einzelnen Merkmale des Patienten und des Therapeuten erhellen, sowie die therapeutischen Ziele und Erwartungen und den institutionellen Rahmen. Aussagen über die Wirksamkeit einzelner therapeutischer Verfahren sind von jeher seitens der Kliniker in allzu unsystematischer Form getroffen worden (Strotzka, 1978). Es besteht demnach ein Nachholbedarf diesbezüglich, den Therapieabbruch und die ihn steuernden Bedingungen konkreter zu beschreiben. Das alleinige Wissen um allgemeine Drop - Out Phänomene, wie etwa die rassistischen Probleme und sozialen Differenzen helfen nicht weiter, hat man den Anspruch, daraus konkrete Hilfen für Therapeuten und ihre Klienten zu entwickeln. Speziell negativ wirksame Faktoren sollten deshalb unbedingt an späterer Stelle analysiert werden.



Bisherige Ergebnisse empirischer Arbeiten zum Thema zeichnen sich durch recht widersprüchliche Resultate und geringe Interpretierbarkeit aus. Angaben zu Abbruchquoten schwanken zwischen 30% (Rachmann, 1971) und 80% (Romney, 1985) und besagen lediglich, daß die Drop - Out Rate bei von Psychologen geleiteten Therapien signifikant niedriger ist als bei Psychiatern und Sozialarbeitern (Greenspan/Kulish, 1985). Derartige Daten eignen sich jedoch nicht zur näheren Analyse, da sie zu unscharf sind. Der Blick soll daher zunächst auf eine konkrete Frage gelenkt werden: Inwieweit sind die Erwartungen des Therapeuten/Klienten an die Therapie den vorzeitigen Abbruch steuernde Variablen?

Bei einem Überblick über die Literatur zum Thema "Therapieabbruch" erwähnt Goldberg (1980) eine Untersuchung von Mayer und Timms (1964), in der diagnostiziert wurde, daß Therapieabbrecher vollkommen andere Erwartungen bezüglich der Tätigkeit eines Sozialarbeiters hatten als die betreffenden Sozialarbeiter. Die Abbrecher verstanden weder das, was der Berater tat, noch warum er bestimmte Verhaltensweisen zeigte. Nachforschungen ergaben, daß sich die Klienten, wenn sie kognitive Dissonanzen bezüglich ihrer Erwartungen aufbauten, die für den Therapieverlauf schädlichen, d.h. negativen Erwartungen zu eigen machten, daß der Sozialarbeiter nicht an ihrem Fall interessiert war, daß er nicht fähig war, ihre Probleme zu verstehen, oder willens war, sich für ihre Schwierigkeiten einzusetzen. Die Gültigkeit dieses Prozesses halte ich noch immer für aktuell, denn auch Penn (1985) und Pekarik (1985) teilen jene Beobachtungen, die einst Mayer Timms machten.

Therapieerwartungen des Klienten und seines Therapeuten sind wohl in jedem Fall als ein Faktor anzunehmen, der zur Vorhersage des Therapieerfolges geeignet ist. Insgesamt nimmt das Thema "Therapieabbruch und diskrepante Erwartungen zwischen Therapeut und Klient" einen relativ großen Raum in der Fachliteratur ein.



Der interessierte Leser sei noch auf die Dissertation von Reiser (1985) verwiesen, in der ausführlich die Erwartungen des passiv - abhängigen Klienten und die Bedingungen eines vorzeitigen Therapieabbruchs analysiert werden.

Es gibt insgesamt deshalb zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema, weil es sehr unterschiedliche Aspekte enthält. So wird versucht, die Beendigung von Psychotherapie von Ringler (1985) aus der Perspektive der Patient - Therapeut Beziehung zu erhellen. Sie sieht sie als eine Trennung und Verlust einer wichtigen zwischenmenschlichen Beziehung. Ebenso weist Kuda (1983) darauf hin, daß ein Psychotherapieabbruch durch als gestört erlebte Interaktionen zwischen Patient und Therapeut wesentlich mitbedingt ist. Insbesondere hebt Kuda hervor, daß dem Erleben des Erstgesprächs eine zentrale Bedeutung zukommt. Eine negative kognitive Dissonanz in diesem wird als Kognition gespeichert und führt erst zu einem späteren Zeitpunkt zum Therapieabbruch, besonders bei gleichzeitigem Auftreten anderer Störgrößen. Leider fehlt hier eine objektive Form der Überprüfung dieser klinischen Beobachtung. Sie ist dagegen bei Dyck et al (1985) zu finden: Sie ließen die Therapeuten von deren Patienten in diversen Dimensionen auf Ratingskalen einschätzen. Die Resultate dokumentieren überzeugend, daß die subjektive Wahrnehmung der Therapeutenkompetenz, seiner Kenntnisse, seiner Fähigkeit, sich entspannt selbst darzustellen, seiner Eigenschaft, dem Patienten zuhören zu können und seines Feingefühls die Therapieabbrecher von den Patienten unterscheiden, welche diese fortsetzen. Die erwähnten Dimensionen stellen also Indikatoren dar, von denen ein Praktiker bereits vor dem Beginn einer von ihm durchgeführten Therapie überdenken kann,

inwiefern derartig günstige bzw. ungünstige Charakteristika innerhalb seiner eigenen Behandlungsform vorkommen. Es kann dabei sehr nützlich sein, die Einschätzung diesbezüglich mittels eines Video-Feedback mit anschließendem Supervisionsteam vorzunehmen, um die Beurteilung von der eigenen selektiven Wahrnehmung loszulösen und auf ein neutraleres Fundament zu stellen (vgl. Kap. 4.4.1. "Die Bedeutung des Video Feedback").

Auf der Suche nach weiteren Prädiktorvariablen, die in engem Zusammenhang mit dem Therapieabbruch stehen, fielen mir die Befunde von Hoffmann (1985) auf. Außer der Diagnose und der Art der gegenwärtigen Probleme sind vor allem die vorausgegangenen Erfahrungen der Patienten mit Psychotherapeuten bedeutsam. Meine tägliche Praxis, sowie die von Kollegen zeigt ebenfalls, daß die Arbeit mit diesen Patienten sehr schwierig ist. Meist stehen massive Ängste gegen eine erneute Manipulation durch den "Helfer" im Vordergrund. Die vorrangige therapeutische Aufgabe besteht dann erst einmal in der Reduzierung dieser Symptome, die Analyse der eigentlichen Probleme muß später erfolgen.

Andere frühzeitige Therapieabbrecher hatten bis zu dem Zeitpunkt wenig Kontakt mit psychiatrischen Diensten, waren gewöhnlich nicht psychotisch und gaben an, Interaktionsprobleme in ihren wichtigen Beziehungen zu haben. Es ist anzunehmen, daß außer den drei von Hoffmann (1985) genannten Variablen noch andere Faktoren wichtig zur Vorhersage eines Therapieabbruchs sind. Viale - Val et al (1984) gibt an, daß, ergänzend zu den im Text beschriebenen Therapiemerkmalen, die Drop - Out Rate u.a.

von dem Bedürfnis des Therapeuten nach Affiliation abhängt. Therapeuten, die ihr Interesse an der Zusammenarbeit demonstrierten, waren erfolgreicher, da ihre Klienten weniger häufig als durchschnittlich die Therapie abbrechen. An dieser Stelle erhält der Leser einen ersten Eindruck davon, daß auch persönliche Eigenschaften des Therapeuten, wie z.B. die Ausprägung seines Bedürfnisses nach Geselligkeit, den weiteren Verlauf der Behandlung massiv beeinflussen können.

Nicht allzu selten kommt es vor, daß die sich in Behandlung befindenden Patienten gar nicht selbst über ihren Therapieabbruch entscheiden dürfen. Das erste Beispiel dazu bezieht sich auf Personen, die mit Auflagen, wie etwa einem Gerichtsbeschluß nach dem Psych KG, in eine Therapie kommen. Benos (1984) zeigte an 192 Patienten, daß die Abbruchquote bei den Personen, die mit Auflagen aufgenommen wurden, halb so hoch war (31%) wie bei denjenigen, die freiwillig kamen (61%). Benos bewertet dieses Ereignis als positiven Anhaltspunkt dafür, daß selbst Patienten, die unfreiwillig eingeliefert werden, im Laufe der Behandlung keine Versuche unternehmen, diese abzubrechen. Meiner Meinung nach liegt eine andere Erklärung viel näher, die sich auf die Reaktanztheorie stützt: diejenigen Patienten, welche mit den ihre persönliche Freiheit stark bedrohenden Einflüssen (Gerichtsbeschluß) in die Therapie kamen, hatten wohl das Gefühl, sie könnten an ihrer massiven Freiheitsbedrohung nichts ändern, d.h. keine Kontrolle auf sie ausüben; so versuchten sie, aus ihrer Situation das Beste zu machen, indem sie gar nicht erst den Versuch unternahmen, in irgendeiner Form auszubrechen. Die-

ses Material soll dem Leser vor Augen führen, daß die Tatsache einer objektiv geringen Abbruchquote der so keinerlei positiv zu bewertende Ursachen haben muß. In dem Fall der freiwillig bedrohten Patienten war die für sie hilfreichste Strategie, zu versuchen, ihre subjektiv und objektiv herrschte Freiheit durch passiv - submissives Verhalten wiederherzustellen. In einer solchen Situation muß es keinesfalls zu einem Abbruch der Zwangs-therapie kommen, doch ist hervor zuheben, daß der psychische Zustand des Patienten erheblich und nachhaltig negativ beeinträchtigt ist. Das offene Verhalten - der Nicht Abbruch seiner Therapie - spiegelt also nicht unbedingt die tatsächlichen einge-liegenden psychologischen Konsequenzen wieder. So komme ich zu dem Schluß, daß eine geringe Therapieabbruchrate an sich kein gültiges Kriterium psychotherapeutischer Erfolge ist. Natürlich sind darüber hinaus bei zertünftiger Voraussetzungen gegen eine Zwangstherapie schwere moralische Bedenken zu äußern.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Psychotherapie von Kin-dern. Über ihren Verbleib oder Abbruch entscheiden die Erzie-hungsberechtigten. Kaminer et al (1984) haben die Zufriedenheit der Eltern von stationär psychiatrisch behandelten Kindern mit der Betreuung, der Therapeuten und dem subjektiven Behandlungser-folg untersucht. Die Eltern, die auf eigenen Wunsch die Therapie des Kindes abbrechen, waren mit dem stationären Setting weniger zufrieden, gaben ein geringes Vertrauen zum Therapeuten und eine geringe Erfolgserwartung an. Bezüglich des Globalerfolges er-gaben sich bei den Abbrechern deutlich negativere Einschätzungen der langfristigen im Gegensatz zu den kontinuierlichen Effekten.

Auf einer allgemeiner Ebene vermittelt uns diese Befunde ein Bild der den Therapieabbruch steuernden Variablen, doch sind derzeitige Einzelbefunde insofern bislang nur von theoretischem Wert, da sie uns nicht die Möglichkeit eröffnen, die wirklichen Gründe des Therapieabbruchs zu erfassen, weil eine angemessene Einbeziehung der beschriebenen wichtiger Probleme in der allgemeinen empirischen Forschung fehlt.

Eine besondere Variante des Drop - Out ist bei drogenabhängigen Patienten zu finden. Bei ihnen ist die körperliche Belastung, außer der psychischen, sehr hoch und verleiht zur vorzeitigen Beendigung der Psychotherapie. In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob es spezifische Merkmalsmuster bei drogen-mittelabhängigen Patienten gibt, nach denen Patienten mit höherer von Patienten mit niedriger Therapieabbruchwahrscheinlichkeit unterschieden werden können. Scheller und Klein (1984) waren bei ihren 480 Patienten nach der Erhebung soziographischer, persönlichkeitspsychologischer und stoffspezifischer Variablen zu folgenden Ergebnissen. Als wichtigste Prädiktoren für den Therapieabbruch ist die Variable "Art der Drogenmittelabhängigkeit" und die Variablenkombination "geringe Belastbarkeit/umfassende Aufnohilfen" anzusehen. Zur Vorhersage des Therapieabbruchs muß also nach symptomatologischen Gesichtspunkten differenziert werden, sind Persönlichkeitsmerkmale einzubeziehen und die Art therapeutischer Hilfe: allzu massive Unterstützung führen eher zu negativen Effekten, die Eigeninitiative und Verantwortung des Einzelnen ist zu fördern. Aufgrund der hohen Komplexität und Spezifität lassen sich keine Prädiktoren ableiten, die neben auf einer breiteren Basis konkrete Handlungsanweisungen für Therapeuten zu folgern sind. Man müßte weitere Indikatoren eines Abbruchs explorieren. So ergänzte Meyer (1984) in seiner Untersuchung mit ähnlicher Fragestellung besonders den Indikator: fehlende Erfahrung mit therapeutischen Einrichtungen. Diese Variable war bereits in einer in den USA durchgeführten Studie von Hoffmann (1988) genannt worden (vgl. S. 3). Solche Ergebnisse lassen zwar keine Aussagen über Kausalverursachungen zu, sind aber schon deshalb erwähnenswert, weil die Gründe der Drogenabhängigen im Hinblick auf den Therapieabbruch von anderenartigen Patienten unterscheidbar und diese Differenzierung in Diagnostik und Therapie zu bedenken ist.

Es würde den Therapeuten gewiß helfen, eine Möglichkeit zu finden, besonders abbruchgefährdete Patienten frühzeitig zu erkennen. Sicher ist es zur Zeit nicht möglich, eine vorzeitige Aus-

sortierung solcher Personen vorzunehmen. Obige Ergebnisse erlauben aufgrund ihrer hohen Spezifität oder einem zu allgemeinen Bezug keine vorzeitige Selektion von als wahrscheinlich anzunehmenden Drop - Outs. Es ist zu fordern, die genannten Prädiiktoren auch für andere Patientengruppen zu bestimmen und gleichzeitig die Erforschung eines breiteren Spektrums von Vorhersagevariablen mittels diagnostisch differenzierender Tests zu fördern. Zur Zeit gibt es lediglich Hinweise auf Unterscheidungskriterien bzw. Merkmale von diagnostizierten Klienten.

Kern (1983) konnte an 380 Personen einen Zusammenhang zwischen zwei Faktoren im "Unsicherheits - Fragebogen" (Faktor 1 "Fehl-schlag-, und Kritikangst, sowie Faktor III "Fordern Können") und vorzeitigen Therapiebeendigungen herstellen. Patienten mit einem Summenwert von über 40 bei Faktor I und von unter 33 bei Faktor III (als sog. "Scheue" bezeichnet) brachen die Therapie um ca. 50% häufiger ab als sogenannte "Unauffällige". Bei einem Summenwert von unter 33 bei Faktor I und von über 40 bei Faktor III (als "Forsche" bezeichnet) waren Therapieabbrüche sogar mehr als doppelt so häufig wie bei "Unauffälligen". In der Gruppe der "Forschen" brachen 27,3%, in der Gruppe der "Scheuen" 10,2% und in der Gruppe der "Unauffälligen" 12,6% der Patienten die Therapie vorzeitig ab.

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse können wir 1) als Hinweis dafür benutzen, daß es überhaupt Faktoren gibt, nach denen Abbrecher von Nicht Abbrechern unterscheidbar sind und 2) als Anregung dienen, jene Möglichkeit durch die Psychotherapieforschung mittels objektiver, reliabler und valider Tests in Zukunft aussagekräftiger zu hinterfragen, um zuverlässigere Vorhersagen zum Therapieabbruch machen zu können.

Therapieabbruch kann sehr unterschiedliche Ursachen und Konsequenzen haben und mit anderen Effekten einhergehen, wie z.B. dem



"Widerstand" (Lane, 1984) oder allgemein geringer Motivation bereits zu Therapiebeginn (Mitchell/Stuart, 1984). Jede relevante Untersuchung genau zu analysieren, würde nicht nur den Rahmen dieser Arbeit überstrapazieren, sondern keine wesentlichen, außer den genannten Aspekten beitragen können. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß "Therapieabbruch" ein Oberbegriff ist, ähnlich wie "Reaktanz" oder "Widerstand", hinter dem seitens zahlreicher Autoren eine Vielzahl unterschiedlich negativer Auswirkungen von psychotherapeutischen Eingriffen unbewußt oder wesentlich verborgen werden. Durch die Darstellung vorangestellter Forschungsergebnisse soll versucht und dem Leser die Möglichkeit gegeben werden, den Begriff "Therapieabbruch" transparenter zu machen und ihn unter verschiedenen Blickwinkeln zu sehen. Es steht fest, daß der vorzeitige Abbruch eines von vielen potentiellen Hindernissen auf dem Weg positiver Persönlichkeitsveränderung eines krankenden Menschen mittels des psychotherapeutischen Prozesses darstellt und unsererseits als existentielle Bedrohung innerhalb der Therapie ernst zu nehmen ist.

#### 2.1.2. Hindernisse positiver Veränderungen

Aus Therapieberichten von Praktikern entsteht des öfteren der Eindruck, den auch van de Ven (1981, S. 55) dokumentierte:

"Bis ich entdeckte, daß ich die Veränderungen anstrebte, aber Herr und Frau Y nicht. Ich arbeitete und sie ließen mich arbeiten". Die Frage, warum denn nun gerade der Therapeut intrinsisch motiviert ist, die Veränderungen zu erzielen und sich

nicht primär an den Wünschen und dem Vermögen der Klienten orientiert, verwundert zunächst und ist eine gesonderte Betrachtung wert. Veränderung ist ein Begriff und Prozeß, der schlechthin von den meisten Psychotherapeuten als das Hauptkriterium für den Erfolg angesehen wird. Therapeuten aller Schattierungen, Agogen, die Hohenpriester des "planned change", Bildungspädagogen und Lehrer, alle streben sie nach Veränderung. Sie besuchen noch einen Kurs, lesen noch mehr Bücher, sind noch kritischer und arbeiten noch härter. Unter diesen Umständen kann sich jedermann leicht vorstellen, daß Klienten in erster Linie als zu verändernde Objekte betrachtet werden. Van de Ven (1981, S. 56) schreibt dazu: "Helfer können so besessen werden, daß sie vergessen, daß sie nicht um Veränderung bitten, sondern die Klienten. In ihrem Eifer nehmen sie die Fragen, die Not, die Probleme der Menschen, die schon drauf und dran sind, selbst etwas zu tun (sonst würden sie nicht zu einem Therapeuten kommen), auf ihre eigenen Schultern".

Angesichts der vorherrschenden Umstände scheint es mir notwendig, innerhalb der psychosozialen Hilfe nach Möglichkeiten zu suchen, wie man helfen kann, ohne den Menschen den Boden unter den Füßen wegzuziehen; daher ist eine grundlegend andere Veränderungsstrategie indiziert. Um Menschen zu helfen, ohne die Verantwortung für die notwendigen Veränderungen ganz von ihnen zu übernehmen, könnte diejenige Vorgehensweise dem Klientenwohl zuträglich sein, ihn in einigen Lernprozessen zu motivieren, seine Ziele vorher klar zu definieren und dann mit ihm gemeinsam diese Schritt für Schritt zu verwirklichen. Libermann (1983) verfasste zu dieser



Problematik den Artikel "Behavioral approaches to family and couple therapy", welcher eine umfangreichere Betrachtung zulässt, als ich es hier gewährleisten kann. Der "Veränderungskampf" ist zwar nur eine spezielle negative Erscheinung in Psychotherapien, deshalb jedoch keinesfalls als irrelevant anzusehen. Im Gegensatz zu den Hindernissen, seien nun Möglichkeiten positiver Veränderungen im psychotherapeutischen Prozeß exemplarisch aufgegriffen.

### 2.1.3. Möglichkeiten positiver Veränderungen

Die Realität einer Therapiesituation scheint sowohl für Klienten, als auch für den Therapeuten kaum Platz für die wenigen, herausragenden, lebensbedingenden Phantasien zu lassen. Schon Junker (1984) wies darauf hin, daß Phantasien ihre Kraft nicht in einem einmaligen, blitzschnellen Erkennen übertragen. Sie sind immer wieder zu formen, festzuhalten und in ihrer Beängstigung und Schwere zu ertragen, bis sie dauernde Gegenwart in der Therapie gewonnen haben. Kopp (1985, S. 97) hebt ebenfalls die Bedeutung der Akzeptanz der eigenen Symptomatik hervor und bezieht diese auf den Fall der Neurose: "Nicht wie man eine Neurose los wird, hat der Kranke zu lernen, sondern wie man sie trägt. Denn die Krankheit ist keine überflüssige und darum sinnlose Last, sondern sie ist er selber, er selber als der "andere", den man immer auszuschließen versuchte". Gleiches gilt für die Akzeptanz der von Klienten- bzw. Therapeutenseite unerwünschten Phantasien. Nur wenn dies erreicht ist, gibt es eine grundlegende Chance für alle Beteiligten. So entsteht Wirksamkeit der Therapie. Ihre Wichtigkeit und Bewertung (Erfolgsmessung) steht außerhalb und

ist unabhängig von Krankheit und Heilung und dem Kampf der Veränderungen um jeden Preis. Dieser Weg setzt die Fähigkeit zum "Ehrlich Sein" voraus, sowohl sich selbst, als auch dem anderen Interaktionspartner gegenüber. Ein Therapeut, der feststellt, daß er keine Phantasien mit diesem Klienten (nicht über diesen) hat, sollte ihm das offen mitteilen und sich dazu durchringen, dem Hilfesuchenden zu sagen, daß er ihn nicht therapieren kann. Auf eine häufig in meinen Kollegenkreisen berichtete Gefahr verweist auch Junker (1984, S. 176): "Ich habe keine Phantasien, sagt ein Patient und meint damit, er habe keine aus dem allgemeinen Wortkodex herausfallenden, ungewöhnlichen Phantasien. Dieser Patient fürchtet, Phantasien könnten ihn bedrängen, wenn der Therapeut sie anspricht". Die soziale Erwünschtheit scheint demnach ein potentieller Faktor zu sein, welcher den Prozeß positiver Veränderungen behindern kann. Um all seine Phantasien (alle tatsächlich auftretenden Gedanken, Gefühle, bildhaften Erlebnisse) dem Therapeuten mitzuteilen, braucht der Klient Vertrauen. Ein Weg, möglichst wenigen Hindernissen zu begegnen ist, den Klienten zu bitten, Traumbücher anzulegen, in denen er Phantasien aller Art (Tag- und Nachtträume) notiert. Auf diese Weise eröffnet er eine Stufe seines Bewußtseins, die sekundär der Therapeut - Klient Beziehung nützlich werden zu lassen. Durch den Austausch jener persönlichen Phantasien hat der behandelnde Psychologe die Möglichkeit, fördernd auf den Klienten und seine Beziehung zu ihm einzuwirken. Wie ich noch zeigen werde, hat genau diese zwischenmenschlich - professionelle Ebene eine große Bedeutung für den Behandlungserfolg (vgl. Kap. 2.4.).

#### 2.1.4. Spezielle Symptomverschlechterungen und ihre therapeutischen Interventionen

Die therapeutische Doppelbindung wird als Interventionsform in den verschiedenen Therapieschulen, jedoch vorwiegend im Rahmen der Verhaltenstherapie und dem Psychodrama eingesetzt. Im Sinne des Begründers Bateson (1956) wäre es sicher, damit ausschließlich einen heilenden Effekt zu erzielen. Ob dies in realiter zutrifft, soll an späterer Stelle erörtert werden. Als Einführung in das Thema stelle ich zunächst die Charakteristika der double - bind Situation vor, die am treffendsten mit "Beziehungsfalle" oder "Zwickmühle" übersetzt werden:

- a) Das Individuum befindet sich in einer intensiven Abhängigkeitsbeziehung zu einer anderen Person.
- b) Das Individuum ist in einer Situation gefangen, in der ihm gleichzeitig zwei einander widersprechende Botschaften übermittelt werden.
- c) Das Individuum kann in keine Kommunikation darüber eintreten, welcher Anteil der Botschaft nun befolgt werden soll und welcher Anteil vernachlässigt werden kann. Die Folge ist, daß auf jeden Fall einer Anweisung zuwider gehandelt wird und Bestrafung eintritt.

Damit eine Doppelbindung überhaupt zustande kommt, müssen mehrere Bedingungen über einen gewissen Zeitraum hinweg wirksam sein

(Weeks, 1985). Zunächst bedarf es zweier oder mehrerer Personen, die persönlich eng miteinander in Verbindung stehen (z.B. Familienmitglieder oder Therapeuten und Klienten). Zudem muß über ein sich wiederholendes Thema kommuniziert werden (die Probleme des Klienten); denn eine Erfahrung allein genügt nicht, um die pathogene Wirkung herbeizuführen. Drittens muß ein primäres Verbot im Spiel sein, das sich etwa in Formen der Botschaft äußert wie: "Tu dies oder jenes nicht, sonst werde ich Dich bestrafen". Das Lernprinzip dabei lautet: Vermeide Bestrafung! Weeks (1985, S. 5) formulierte passend: "Im Rahmen der Therapie wird dem Klienten das Verhalten, das er ändern oder abbauen möchte, von seinem Therapeuten zur verstärkten Anwendung verschrieben, wobei der Therapeut davon ausgeht, daß diese Verstärkung das Mittel zur Veränderung darstellt. Der Klient befindet sich somit in einer Doppelbindung, in der er angewiesen wird, sich zu verändern, indem er unverändert bleibt". Es ist ein Fehler, anzunehmen, daß die notwendigen Prämissen für die erfolgreiche Anwendung der therapeutisch wirksamen Doppelbindung bei allen Individuen ohne weiteres gegeben seien. So liegt eine Gefahr in der vorbehaltlosen Nutzung genau jener Interventionsform, die den zu behandelnden Menschen in seinem Alltag möglicherweise erst krank gemacht hat. Eine der häufig vorzufindenden Kommunikationsmuster in problembeladenen Dyaden ist eben das Gespräch per Doppelbindung. Ein Klient, dessen Interaktionsmuster dergestalt ausgebildet ist, daß er erhebliche Schwierigkeiten mit dieser Art der Interaktion hat, wird in einer durch Doppelbindungsbotschaften gekennzeichneten Kommunikation Hilflosigkeitsgefühle entwickeln, die er nicht in die, zumindest für ihn, gestörte

therapeutische Beziehung einbringen kann, da gerade der Therapeut eine der Ursachen jener negativ wirkenden Impulse verkörpert.

Markowitz und Nitzberg (1982) explorierten die Probleme bei mehrdeutigen Botschaften und unterstützen die Auffassung, daß Praktiker gegenüber deren Klienten besser klare und konsistente Kommunikationsmuster ein- und beibehalten sollten. Wer nicht bereit ist, diese Aussagen ohne weitere Anhaltspunkte zu akzeptieren, der sollte sich den Worten von Beck (1983) zuwenden; er behauptet, es würde zu irrationalem Verhalten kommen, wobei sogar Stadien erreicht werden könnten, die der Schizophrenie vergleichbar seien. Hiermit kann natürlich kein Regelfall gemeint sein, hingegen handelt es sich um bereits beobachtete Folgeschäden von psychotherapeutischen Behandlungen. Insofern dienen uns Becks Schilderungen als Warnung und erleichtern eine Einschätzung der möglichen Bandbreite vorstellbarer Konsequenzen falscher Behandlungsformen. Zudem dürfte es schwierig sein, eine Schizophrenie eindeutig als Folgeschaden zu bestimmen, da sie nach wie vor eine Erkrankung ist, die viele somato- und psychogenetisch ungeklärten oder nur als hypothetisch anzunehmenden Ursachen in sich birgt (Sarbin/Mancuso, 1982).

Eine andere spezielle Form der therapeutischen Intervention ist diejenige, paradox vorzugehen. Hemminger und Becker (1985) stellten die "nützliche Paradoxie" dar: das vom Patienten gewünschte Resultat der Behandlung werde vom Therapeuten zu einer Voraussetzung der Behandlung erklärt. Man sage dem Patienten

eigentlich, daß man ihm helfen könne, wenn er sich selbst geholfen habe, ein exquisites Beispiel einer paradoxen Verwicklung, die man als die "Hilf dem Helfer" - Paradoxie bezeichnen könnte. Die angemessene Reaktion innerhalb einer solchen Beziehung liegt nahe: der Patient sollte darauf bestehen, daß die Existenzberechtigung des Fachmannes nur darin liegt, jemandem zu helfen, der sich selbst nicht helfen kann oder zumindest glaubt, es nicht zu können. Es ist zwar theoretisch durchaus denkbar, daß man einen Menschen durch seine Verwicklung in eine Paradoxie dazu bringen kann, sich selbst zu helfen, obwohl er dies für unmöglich hält. Ein solcher Versuch darf jedoch, wie ich meine, keine zweieinhalb Jahre, sondern etwa ebensoviele Monate dauern, wenn er nicht sinnlos werden soll.

In sich widersprüchliche, paradoxe Kommunikationsformen spielen in der Gestaltung der therapeutischen Beziehungen eine ganz besondere Rolle. Die Aufdeckung störender Strukturen mit den Mitteln der Kommunikationstheorie stellt eine wichtige Aufgabe für das Gebiet der modernen Psychotherapieforschung dar. Paul Watzlawik (1983) bezeichnete die "Sei - Spontan Paradoxie" als eine der hilflos machenden Anweisungen in der therapeutischen Beziehung. Allgemein bilden Instruktionen, die sich einer Vokabel wie "akzeptieren", "annehmen" oder "zulassen" bedienen, die wesentlichen Vehikel zur Einführung von Paradoxien in die Psychotherapie. Wie macht man es zum Beispiel, ein "Gefühl zuzulassen"? Diese Aufgabe wird Patienten in Primärtherapien andauernd gestellt. Der Gegensatz, daß ein spontanes Ereignis durch absichtliches Handeln herbeigeführt werden soll, liegt jeder der un-

zähligen Formen der "Sei - Spontan Paradoxien" zugrunde.

Innerhalb der Psychotherapie übernimmt in der Regel der Therapeut ausdrücklich die Aufgabe, dem Klienten zu helfen, leugnet aber ab, daß er ihn beeinflussen wolle. Zwei Beispiele stellen insbesondere die Psychoanalyse und die Gesprächspsychotherapie dar. Eine Paradoxie entsteht dort zwangsläufig deshalb, weil es unmöglich ist, eine Beziehung nicht zu kontrollieren und den Partner kaum zu beeinflussen, ganz besonders dann nicht, wenn diese Beziehung von Beginn an als komplementär definiert wird (vgl. Grawe, 1978) und man selbst die Überlegene Rolle einnimmt. Der Gesprächstherapeut kann gar nicht nur einen Spiegel für die Äußerungen seiner Patienten bilden, ebensowenig wie ein Primärtherapeut "alte Gefühle" hervorrufen kann, die mit ihm selbst nichts zu tun haben.

Die Ausführungen zum Thema "Paradoxien und die Gefahren ihrer Anwendung" mögen nicht als grundsätzliche Kritik an Psychotherapie verstanden werden, sondern den Leser zur eigenen Meinungsbildung darüber anregen. Meine Intention beschränkt sich dabei nur auf die Bewußtmachung kritischer Aspekte paradoxer Interventionen. Zweifellos begibt sich jeder Therapeut in schwierige Situationen, in denen er nicht immer optimal eingreift. Wenn sich der Patient beklagt, daß ihm die Therapie nicht helfe, muß der Therapeut die Kritik abwehren, um den Therapieprozeß aufrecht zu erhalten. Das heißt, er muß gegen die Absicht des Patienten die Therapie als erfolgreich definieren und in diesem Sinne eine einseitige Kontrolle ausüben. Oftmals unterliegt der

Therapeut dabei ungewollt institutionellen Zwängen (vgl. Kap. 3.9.1.). Eine offene Aussprache über die Arbeit des Fachmannes und die damit verbundenen Probleme würde zu einer Auseinandersetzung einladen und die Definition, daß seine Therapie non-direktiv sei, zunichte machen. Der Therapeut sagt vielmehr: "Sie empfinden Enttäuschung. Erinnert Sie das nicht an frühere Erfahrungen?" Damit ist die Enttäuschung des Klienten über die Therapie und den Therapeuten als ein "neurotisches", also unbewußt verursachtes Phänomen umdefiniert worden, mit dem der Therapeut dann nichts mehr zu schaffen hat. Die Paradoxie, die den Klienten unfähig zur Reaktion macht ist diejenige, daß der Therapeut die Enttäuschung als in der Beziehung zulässig anerkennt, er ist nicht direktiv. Gleichzeitig deutet er aber die Enttäuschung als etwas, das nichts mit der Beziehung zu tun hat. Das "Phänomen", so die Ansicht der Therapeuten, wie sie auch Zimmer (1983) beschreibt, mag denjenigen Therapeuten zu schaffen machen, die die Dankbarkeit ihrer Klienten benötigen. Dieses Bedürfnis sollte jedoch grundsätzlich weniger wichtig sein, als die Tatsache, daß der Klient Fortschritte gemacht hat.

Gelegentlich berichten Kollegen, daß Fortschritte in der Behandlung nur in Abhängigkeit von der Therapeut - Klient Beziehung (vgl. Kap. 2.5.) erreicht werden. Dies ist insofern als negativ zu bewerten im Hinblick auf eine Veränderung zur autonomen Persönlichkeit, als daß längerfristig positive emotionale Bindungen genau dieses Ziel verhindern; zum Beispiel könnte der Therapeut dann die Gegenstrategie entwickeln und gegen Ende der Behandlung weniger freundlich werden. Er kann sich bemühen,



den Ablöseprozeß somit ohne erhebliche Verlustschmerzen seitens des Klienten zu ermöglichen. Für genau diese Situation hat Lazarus (mündl. Mitt. S. 125) treffend formuliert: "Entweder der Klient mag mich am Ende der Therapie und ist mir sehr dankbar oder ich habe ihm geholfen". Empathie und emotionale Wärme wirken also nicht per se fördernd und im Sinne des Klientenwohls, wie oftmals angenommen wird. Uns Therapeuten obliegt vielmehr stets die Aufgabe, aktuell und individuell zu überprüfen, welcher Interaktionsstil zu wählen ist, um die Therapie positiv auch im Sinne der Autonomiegewinnung zu gestalten und nachhaltig negative Effekte zu verhindern.

Die Basisannahmen der therapeutischen Schulen sollen damit keinesfalls angegriffen werden, die Anwendungen ihrer speziellen Interventionsformen erscheinen jedoch erst dann sinnvoll, wenn bestimmte notwendige und hinreichende Bedingungen gegeben sind, welche durch die angewandten Methoden und die Qualität der Therapeut - Klient Beziehung festgelegt werden. So ergibt sich die Zweckmäßigkeit, vorerst die Therapeuten- sowie die Klientenmerkmale in Augenschein zu nehmen, um jene Bedingungen genauer zu bestimmen.

## 2.2. Therapeutenmerkmale und ihre Bedeutung für den Therapie- verlauf

Wer jemals Selbsterfahrung im weitesten Sinn betrieben hat, wird zugeben müssen, daß unsere eigene Persönlichkeitsstruktur

in bestimmter Weise mit derjenigen eines anderen Menschen mittels Kommunikation in Wechselwirkung tritt. Es ist möglich, daß eine harmonische Beziehung zueinander entsteht, ebenso sind Disharmonien vorstellbar. Im außertherapeutischen Rahmen wird die Verbindung in der Regel im letzteren Fall beendet, bzw. sie bleibt solange bestehen, wie es die Persönlichkeiten der Beteiligten zulassen. Therapeuten diesbezüglich nur als durchschnittliche Individuen zu betrachten, wäre falsch. Sie sind professionelle Helfer mit professionellen Merkmalen, die in ihren Rollen mehr oder weniger konform sind mit ihrem Berufsbild, den Kollegen oder Institutionen, in denen sie arbeiten (vgl. Kap. 3.1.9.). Daher erscheint es mir zweckmäßig, Psychotherapeuten und deren Persönlichkeitsmerkmale als solche zu begreifen und zu behandeln. Besonders wichtig sind die Implikationen, welche sich daraus für den Therapiefortgang bzw. den Klienten ergeben. Im Folgenden lege ich also primär auf die Analyse der Therapeuten- und Therapie-merkmale Wert, da dieser in der Regel erheblichere Einflußmöglichkeiten innerhalb der von ihm durchgeführten Therapie hat als sein Klient und er durch seine eigene Person ein großes Spektrum an Therapiewirkungen produzieren kann. Sodann stelle ich die Klientenmerkmale dar, um anschließend deren Zusammenspiel mit den Therapeutenmerkmalen auf der Beziehungsebene zu besprechen.

Hinter den vielseitig diskutierten Kontroversen steht übergeordnet die grundsätzliche Frage: Welchen Einfluß darf ein Therapeut ausüben? "Vor allem humanistisch orientierte Therapeuten lehnen direkte Einflußnahme als Einschränkung und Manipulation ab" (Zimmer, 1983, S. 46). Dem zur Folge unterscheiden sich ver-

schiedene Therapierichtungen in der Akzentuierung ihrer Manipulationsart. Die Ablehnung direkter Einflußnahme muß jedoch kein Beweis dafür sein, daß Humanisten irgendeine andere subtile - nondirektive Wirkweise nicht befürworten würden. Einen erheblichen Einfluß hat jede Therapie auf den Klienten, da das Ziel in allen Fällen eine nur unter größerem Aufwand zu erreichende Veränderung ist. Es liegen zur Zeit noch keine Effektivitäts- und Erfolgsstudien über die Vor- und Nachteile der einen oder anderen Einflußnahme bzw. berufsgruppenspezifischen Interventionsform vor. Nach Strotzka (1978) besteht noch nicht einmal eine Studie darüber, in welcher Psychiater, Psychologen und psychiatrische Fürsorger in ihren Therapieerfolgen einander gegenübergestellt werden. Die verschiedenen Berufsgruppen bekennen sich lediglich zu in einigen Punkten unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen. Praktiker halten es oft für ein Anzeichen tiefgehenden Mißtrauens gegen sie, zu fragen, ob sie - als erfahrene Therapeuten - tatsächlich einen besseren Erfolg haben als weniger erfahrene Kollegen; empirische Untersuchungen zeigen nämlich Teilergebnisse, die auf keine Unterschiede im Erfolg von "Erfahrenen" und "Unerfahrenen" hinweisen. Insofern ist dieses Therapeutenmerkmal unbrauchbar als Indikator zur Messung eines qualitativen Einflusses auf ihre Behandlung (Strotzka, 1978).

Wenngleich in Abbildung 2 (Kap. 1.2.1.) deutlich wurde, daß nicht nach Therapieschulen getrennte Analysen erfolgen sollen, sind einige unübersehbare Unterschiede von Bedeutung. Im Gegensatz zu der bereits erwähnten Einstellung der Gesprächspsycho-

therapeuten, sehen die Sozialpsychologen und die meisten der eher empirisch orientierten klinischen Psychologen "Einfluß" als Grundmerkmal jeder Therapie an. So versteht Haisch (1983) es geradezu als ein definiertes Ziel der angewandten Sozialpsychologie, eine Veränderung der objektiven und subjektiven Realität herbeizuführen. Eine massive Manipulation auf breiter Ebene wird hier sogar gewünscht, um verbessernde Umstände abzustellen. Ich sollte vielleicht an dieser Stelle grundsätzliche Überlegungen zu den Ursprüngen therapeutischen Einflusses anstellen. Eine prägnante, wenn auch knapp angelegte Kategorisierung wichtiger Einflußmöglichkeiten nennt Strotzka (1978). Sie ist auf ein Konzept von French und Raven (1959) zurückzuführen und umfasst:

- Belohnungs - Macht, als Fähigkeit, positive Ereignisse und Erlebnisse zu ermöglichen,
- Macht durch Zwang als Fähigkeit, aversive Ereignisse oder Sanktionen zu setzen,
- Experten - Macht, die auf Wissensvorsprung und Informationsgefälle beruht und
- Legitimierte Macht als gesellschaftlich begründete Machtzuweisung zu einer sozialen Rolle (z.B. Bewährungshelfer, Polizist ... Therapeut).

Diese Einflußquellen sind potentielle, jedoch real anzunehmende Ursprünge der Machtausübung und somit auch ihres Mißbrauches; zu bedenken ist, daß der absolute Einfluß des Therapeuten davon abhängt, wie unselbständig und demoralisiert der Klient -

vor allem zu Beginn der Behandlung - ist. Auf diesen Aspekt gehe ich später noch genauer ein (Kap. 2.4.7.).

Um fundierte Aussagen über Therapeutenmerkmale machen zu können, bedarf es zunächst einer wissenschaftlich begründeten Meßmethode zur Bestimmung der relevanten Merkmale. Helm (1974) ließ zu diesem Zwecke Schätzurteile mit Hilfe von Ratingskalen abgeben. Diese erwiesen sich als zuverlässige und gültige Datenquellen. Im Wesentlichen ging es um die Frage: Wie können wir die in einer verbalen Kommunikation enthaltenden zu messenden Variablen so erfassen, daß sie quantitativ ausgedrückt werden können? Es gilt also, die Prozeßdaten in Verbindung mit prae - post therapeutischen Testdifferenzen zu bringen. Die Bemühungen um die Ermittlung der effektiven Anteile der verbalen Therapeutenaktivitäten (als ein spezifisches Merkmal) haben dazu geführt, daß eine Reihe von Skalen und Kategoriensystemen entwickelt wurden, mit deren Hilfe verschiedene Aspekte des therapeutischen Gesprächsverhaltens quantitativ erfaßt werden konnten. Bereits 1957 entwickelte Strupp ein Erfassungssystem für jede Therapeut - Klient Kommunikation, für die fünf Beurteilungen vorgenommen wurden. Es sind zwar auch in neuerer Zeit verschiedene andere Erfassungssysteme entwickelt worden, die sich jedoch in ihren Anwendungsmöglichkeiten nicht wesentlich von den älteren unterscheiden: so kann das einst von Strupp vorgeschlagene System als exemplarisch für die anderen angesehen werden:

#### 1. Typ der Aktivität (z.B. interpretatives Vorgehen, Struk-

turierung des Gesprächs, Art der Lenkung, z.B. durch Vorschlag und Beratung, irrelevante Aktivitäten wie etwa externe Diskussionen)

2. Grad der Einführung neuer Bezüge und Hypothesen für den Patienten

3. Grad, in welchem der Therapeut aus den Patientenäußerungen etwas schlußfolgert und damit indirekt lenkt

4. Grad der Initiative

5. Therapeutisch emotionales Klima (z.B. Kälte bei Ablehnung und Zynismus, Toleranz und Akzeptanz)

Mit Hilfe dieses oder auch eines eigenen, situationsspezifischen Systems sind wir in der Lage, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Psychotherapeuten und therapeutischen Richtungen zu ermitteln. Es wurde bereits überprüft, inwieweit sich ein Therapeut real so verhält, wie seine theoretischen Prinzipien es verlangen und konkrete Ableitungen über besonders effektive bzw. ineffektive therapeutische Aktivitäten wurden meines Wissens nicht vorgenommen. Andere Versuche zur kategorialen Erfassung von Therapeutenaktivitäten weisen ähnlich beschränkte Resultate auf (Strotzka, 1978).

Die Schlußfolgerungen für unsere Zwecke liegen nahe:

1. Es erscheint nicht sinnvoll, eindeutige Zusammenhänge zwischen speziellen therapeutischen Techniken bzw. bestimmten Therapeutenmerkmalen und deren Effekten bei Klienten als eindeutige Zuordnung anzunehmen. Es existieren derzeit keine allgemeinen Erfassungssysteme, die dieser Forderung diag-

nostisch gerecht werden können.

2. Therapeutenmerkmale sind, wie gezeigt werden konnte, zwar relativ therapieschulenspezifisch, jedoch nicht absolut. Dies impliziert, alle nachfolgenden Überlegungen unter der Prämisse anzustellen, Therapieeffekte keiner bestimmten Therapierichtung ausschließlich zuzuschreiben.
3. Es gilt, im Folgenden Untersuchungen einzubeziehen, in denen die Bedeutung der Therapeutenmerkmale genauer exploriert wird, so daß konkrete praktische Konsequenzen im Hinblick auf die Ausgangsfragestellung gezogen werden können.

Einer dieser Merkmalsbereiche ist derjenige der Geschlechtszugehörigkeit des Therapeuten.

Zimmer (1983, S. 258) schreibt: "Außerdem scheint die Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten bei bestimmten diagnostischen Kategorien bedeutungsvoll zu sein. So fühlen sich depressive Frauen von Therapeutinnen signifikant mehr ermutigt, sie erleben sich selbst als unkritischer und offener der therapeutischen Situation gegenüber und die Therapeutinnen werden als emotional wärmer, weniger fordernd und optimistischer als männliche Kollegen geschildert" ... "Junge Frauen mit geschlechts- und lebensphasenspezifischen Problemen fühlen sich bei Therapeutinnen besser aufgehoben, das gleiche gilt nach Person et al (1974) für junge Männer, die sich besser durch männliche Therapeuten betreut fühlen".

Die empirisch gewonnenen Ergebnisse belegen wohl überzeugend, daß das Merkmal "Geschlechtszugehörigkeit" des Therapeuten überhaupt eine den Therapieerfolg beeinflussende Variable ist. Andere spezielle Schlußfolgerungen erscheinen mir zu gewagt, da sie nicht weiter begründbar sind; außerdem sind mir in Teambesprechungen des öfteren gegenteilige Beobachtungen beschrieben worden. Inter-

pretationen dürften wohl ausschließlich im Kontext der gesamten Lebens- und Therapiesituation des Therapeuten zulässig sein. Derartige Befunde wie z.B. der von Chesler (1972), daß weibliche Klienten und Therapeuten das Merkmal "Geschlechtszugehörigkeit" sehr hoch einschätzen, männliche Personen hingegen nicht, sollte uns zum Nachdenken anregen. Es ist jedoch nicht vertretbar, die Einflußgröße des untersuchten Merkmals generell als negativ wirksam bei gegengeschlechtlichen Therapeut - Klient Konstellationen anzunehmen. Therapeuten sollten ihren Klienten allerdings selbst die Wahl überlassen, von einem männlichen oder weiblichen Kollegen betreut zu werden. Die wohl umfangreichste empirische Untersuchung über die Auswirkungen der Geschlechtszugehörigkeit von Therapeuten stammt von Orlinsky und Howard (1976). Die Autoren überprüften anhand der Unterlagen von 118 Klientinnen, wie diese ihre Therapeuten empfunden haben. Die Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen: die Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten kann unter einer Bedingung für den therapeutischen Prozeß bedeutsam werden:

- Befinden sich Frauen in einer Lebensphase, in der die Gesellschaft von ihnen erwartet, daß sie zu einer Entscheidung für oder gegen eine Familie kommen, dann fühlen sie sich durch einen männlichen Therapeuten beeinträchtigt. Sie nehmen sich als weniger offen, selbstkritischer und selbstunsicherer wahr.

Ohne diese Hypothese prinzipiell anzuzweifeln, muß sie doch auf ihre ganz spezielle Ausrichtung hin relativiert werden. So geht sie von einem klassisch - konservativen Frauenbild aus, das



weitgehend nicht der heutigen Realität entspricht. Auch wird hier einseitig von einer weiblichen Perspektive aus argumentiert.

Die genannte Bedingung steht u.a. auch in engem inhaltlichen Zusammenhang mit unterschiedlichen Normvorstellungen von Therapeuten, wie eine gesunde, reife, sozial kompetente Frau und der entsprechende Mann beschaffen sein soll. Brovermann et al (1970) zogen zu Recht aus ihren Ergebnissen den Schluß, daß Kliniker in der Hauptsache Wertvorstellungen in Form von Anpassungsmaßnahmen akzeptieren. Erst wenn sich die Frau den herrschenden Normvorstellungen anpasst, gilt sie als gesund. Die Geschlechtszugehörigkeit scheint demnach auf Seiten des Therapeuten, als auch auf Seiten des Klienten eine (von zahlreichen) Variable zu sein, die den Therapieerfolg/-mißerfolg mitbestimmen kann.

Ein weiteres zu berücksichtigendes Therapeutenmerkmal, das sich belastend auf die allgemeine Beziehung zwischen Therapeut und Klient auswirken kann, ist die Hautfarbe bzw. die Staatszugehörigkeit. Dieser Faktor hat in den meisten Fällen ungesunde Konsequenzen für den Klienten. Dabei ist es unerheblich, ob der Klient von sich aus grundsätzlich zur aktiven Mitarbeit bereit gewesen wäre oder nicht (Midley, 1984). Auch in der BRD ist dieses Problem aufgrund der von den USA, in der jene Untersuchung erhoben wurde, nicht allzu unterschiedlichen Bevölkerungsheterogenität ebenfalls verbreitet aufgetreten. Besonders durch den Zuwachs an ausländischen Mitgliedern (Gastarbeitern) in unserer Gesellschaft innerhalb der letzten zwanzig Jahre ist zum einen die Annahme der multikulturellen Gesellschaftsstruk-

tur - ähnlich wie in den USA - gestützt und zum anderen die Forderung naheliegend, daß mit diesem Tatbestand gleichzeitig der psychosoziale Versorgungsbereich zu erweitern ist, um durch ausländische Fachleute im Inland jene Barrieren in den Griff zu bekommen.

Ein weiteres spezielles Therapeutenmerkmal nennt Yabko (1985): Therapeuten, die nur nach dem Konzept des NLP (Neurolinguistisches Programmieren) vorgehen, rufen durch ihre Inflexibilität überdurchschnittlich häufig Widerstände in den Klienten hervor. Daraus ist zu folgern, daß eine größere Flexibilität im therapeutischen Vorgehen wünschenswert und mitverantwortlich für den Therapieerfolg ist. Der Psychologe sollte über ein großes Repertoire an Konzepten und Techniken verfügen oder zumindest im Laufe der Zeit entwickeln und sie in ihrer Anwendung flexibel, innovativ und kreativ einsetzen. Ähnliche Kritik ist auch bei Asch und Rousso (1985) zu finden.

Deutsch (1985) leistete einen progressiven Beitrag zur Kritik an den jeweiligen Begrenzungen wissenschaftlicher Fragestellungen. Dies gilt besonders für Bereiche, die Zugeständnisse und Selbstrelativierung der eigenen Forschung fördern. Daher erweiterte er die Ausgangsfrage seiner Untersuchung um die generelle Erhebung von persönlichen Problemen des Psychotherapeuten, ein Datenfeld, das bislang fast unberührt blieb. Die Ergebnisse zeigten deutlich, daß die Hälfte der 642 diagnostizierten Therapeuten an Beziehungsproblemen oder Depressionen leiden. Hier galten die gleichen Diagnosekriterien wie für

Klienten. Eine Folgeuntersuchung ist mir leider nicht bekannt, in welcher konkrete Konsequenzen für Therapeuten bzw. Klienten aufgezeigt wurden. Die naheliegende Vermutung ist, daß sich wohl eher negative Auswirkungen ergeben, falls nicht nur der Klient an schwerwiegenden Problemen leidet, sondern ebenfalls sein Helfer, der unter Umständen seinerseits keinen Dritten um Hilfe bitten mag; auch er bliebe so in einer für ihn belastenden Weise in ungelösten Konflikten verhaftet. Die empirisch abgesicherte Überprüfung der tatsächlich auftretenden Effekte steht noch aus.

Wir sollten zur Kenntnis nehmen, daß Therapeutenmerkmale wie "Geschlechtszugehörigkeit", die "gesamtgesellschaftliche Einstellung und Beziehung zu Normen", die "Therapieschulenzugehörigkeit", "Persönlichkeitsmerkmale", der "Grad an Flexibilität in der Verfolgung eines bestimmten Konzeptes" und die "persönlichen Probleme des Therapeuten" als Variablen angenommen werden können, die, je nach ihrer Ausprägung, den erfolgreichen Veränderungsprozeß behindern. Um die Perspektive einmal zu verlagern, denn schließlich gehören mindestens zwei Menschen zu einer therapeutischen Beziehung, will ich nun in verkürzter Form auf die Klientenmerkmale eingehen. Im Übrigen habe ich die Darstellungen der Therapeutenmerkmale nur deshalb ausführlicher angelegt, weil der Inhalt dieser Arbeit in erster Linie an die Therapeuten selbst und erst in zweiter Hinsicht an deren Klienten gerichtet ist.

### 2.2.1. Klientenmerkmale und ihre Bedeutung für den Therapie- verlauf

Die Erfassung von Klientenmerkmalen beschränkt sich in der Psychotherapieforschung und ebenso in der klinischen Praxis auf spezielle Teilbereiche. Man sollte dafür Verständnis aufbringen, selbst wenn die Ergebnisse nur beschränkt interpretierbar sind. Es ist jedoch so, daß die exakte Bestimmung einzelner Psychotherapieeffekte wegen der Komplexität der Kontextvariablen sehr aufwendig wäre. Zudem ist fast jede Patientengruppe in sich heterogen. Es ist wohl einsichtig, daß in dem Bereich eine breit angelegte Forschung schwerlich möglich ist. Sie scheitert häufig schon an den mangelnden finanziellen Mitteln.

In der Entwicklungsgeschichte der Forschung war zunächst die Frage von Interesse, auf welche Weise bestimmte therapeutische Interventionstechniken auf die Klienten wirken, bis schließlich einige vage Ergebnisse näheren Aufschluß und Anregungen geben konnten.

Eine solche empirische Arbeit fand ich bei Minsel (1981, S. 89): die Gesprächspsychotherapie sei besonders erfolgreich im Sinne einer Annäherung an die Zielsetzungen des Klienten bei psychoneurotischen Persönlichkeitsstörungen und bei Problemen antisozialen Verhaltens, sowie bei Alkoholikern. Weniger erfolgreich habe sich diese Psychotherapieform bisher bei der Behandlung von Phobien, psychosomatischen Störungen und Schizophrenien erwiesen.

Auch heutzutage stößt man immer wieder auf die Einschränkung, daß eine bestimmte Therapieform nur bei bestimmten Störungsbereichen als erfolgversprechend indiziert oder dementsprechend contraindiziert ist. Insgesamt sind die Untersuchungen zum Thema recht

spärlich und unzureichend. Minsel (1981, S. 90) stellte drei Thesen zur Erfassung relevanter Klientenmerkmale auf. Sie geben den heutigen Forschungsstand im Groben wieder:

- These I: Die Dauer der psychischen Störung beeinflusst den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung.
- These II: Das Ausmaß der psychischen Störung beeinflusst den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung.
- These III: Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Klienten beeinflussen den Erfolg der Behandlung.

Alle drei Thesen sind plausibel. Die empirische Überprüfung der beiden erstgenannten steht jedoch noch aus. Zur letzteren ist zu vermuten, daß die Gesprächspsychotherapie am ehesten bei Personen aus höheren sozialen Schichten anwendbar ist, da sich deren Angehörige in der Regel verbal gut verständlich machen können. Diese Form wird deshalb vorwiegend sozial höhergestellten Klienten empfohlen und solchen, die den Psychotherapeuten akzeptieren und bereits ganz bestimmte Fähigkeiten aufweisen, wie z.B. die Möglichkeit, Beziehungen zu Personen und Objekten zu etablieren. Sonstige bestehende Ergebnisse in diesem Bereich sind zum Teil widersprüchlich und bedürfen vorerst weiterer Klärung. Ein anderer Versuch richtet sich auf die Erfassung und Kozeptualisierung von Klientenmerkmalen. Petermann (1977) ging kritisch vor, seine Befunde halte ich für informativ. Er geht von drei Bereichen relevanter Einflußgrößen aus. Als erstes ist die Symptomatik des Klienten ein bedeutsamer Bereich. Er umfaßt die Art der Störung, die Häufigkeit und Intensität ihres Auf-

tretens, sowie deren Komplexität und den bisherigen Verlauf. Der zweite Bereich ergibt sich aus den relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaften der Klienten. Hierunter fallen sowohl Variablen wie Alter und Geschlecht, als auch komplexe Merkmale wie z.B. die soziale Herkunft, verbal - kognitive Fähigkeiten etc.. Der dritte Bereich beinhaltet die situationsspezifischen Klientenmerkmale.

#### a) Symptomatik

Kennzeichnend ist die Vernachlässigung der Information zur "Dauer" und zum "Verlauf" der Symptomatik, also zur Vergangenheit der Störung. Diese Tatsache läßt sich mit den Grundannahmen der Verhaltenstherapie begründen. Im lerntheoretischen Modell geht man davon aus, daß die Bedingungen für die Entstehung und zur Aufrechterhaltung von Problemverhalten eher in aktuellen Reiz-, Reaktions- und Verstärkungsbedingungen zu suchen sind und weniger in früheren Erlebnissen. Daraus ergibt sich, daß zumindest zukünftig in jeder Untersuchung (auch innerhalb der Verhaltenstherapie) eine exakte Beschreibung des Symptomverlaufs vorliegen muß, um einen wichtigen Informationsbereich einzubeziehen.

#### b) Relativ stabile Merkmale

Mehr als die Hälfte der Untersuchungsberichte (Petermann, 1977) enthalten Informationen zum "Geschlecht" und "Alter" der Klienten. Über die Variablen "Persönlichkeit" und "Soziale Herkunft" wird der Leser dagegen nur unzureichend informiert. Es werden

also nur solche Merkmale berichtet, die relativ leicht erhoben werden können, mit keiner Kritikangst behaftet sein müssten und die zur Veröffentlichung der Untersuchungen unumgänglich sind.

### c) Situationsspezifische Klientenmerkmale

Hinsichtlich der situationsspezifischen Klientenmerkmale ("Motivierung") sind in den wenigsten Berichten genaue Angaben enthalten. Konkrete Daten über zusätzliche Motivierungsversuche oder deren Ausschluß sind in lediglich 12% der Studien zu finden. Der Informationsgehalt in Berichten früherer Jahrgänge ist noch geringer. Auch über die drop - out Raten in den einzelnen Gruppen liegen nur selten zufriedenstellende Ergebnisse vor (vgl. Kap. 2.1.1. "Vorzeitiger Therapieabbruch").

Zusammenfassend kann ich nur bemerken, daß die Beschreibungen der Symptomatik (insbesondere deren Verlauf und Dauer, vgl. Kap. 2.6. "Therapieverlaufsstudien") unzureichend dargestellt sind. Seitens der lerntheoretisch begründeten Verhaltenstherapie ist die einseitige Zentrierung auf das aktuelle Problemverhalten der Klienten auffällig. Über die relativ stabilen Merkmale werden außer Angaben zum Geschlecht und Alter selten weitere Informationen gegeben. Obige Befunde sind für uns allerdings wichtige Hinweise der derzeit noch mangelnden Erforschung von Klientenmerkmalen. Es ist stets zu bedenken, daß situationsspezifische Merkmale in engem Zusammenhang mit der Art der Therapeut - Klient Interaktion stehen (vgl. Zimmer, 1978, van de Geest et al, 1982), auf die ich in Kapitel 2.5. gesondert eingehen werde. Die Therapeuten- bzw.

Klientenmerkmale sind also keinesfalls voneinander unabhängig, dies gilt für zeitstabile, wie situationsspezifische Variablen gleichermaßen.

Als Ergänzung zu den "Merkmalen" widmen wir uns jetzt dem "Verhalten" des Therapeuten. Auch zwischen diesen beiden Begriffen besteht ein enger Zusammenhang, da Merkmale sich im offenen und inneren Verhalten äußern können und Verhalten seinerseits über längere Zeit wiederum zu Merkmalen der Person wird.

### 2.3. Verhaltensweisen des Therapeuten

Hier soll nur das therapeutische Verhalten besprochen werden. Das Klientenverhalten tritt automatisch eher in den Hintergrund des Interesses, da es sich dabei stets um jemanden handelt, der Problemverhalten im weitesten Sinne präsentiert. Es ist in erster Linie darauf zu achten, wie sich ein Therapeut verhält bzw. sich verhalten kann, wenn er einen Klienten behandelt, dessen psychische Probleme sich in seinem Verhalten deutlich äußern. Sein Therapeut wird damit unmittelbar konfrontiert, wobei dieser in der jeweils aktuellen Situation nicht ausweichen kann und sich nicht "nicht verhalten" kann. Ihm steht prinzipiell ein großes Repertoire an Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung, sei es durch das breite Spektrum, welches er mittels seiner beruflichen Aus- und Fortbildung erworben hat oder durch seine Persönlichkeitseigenschaften. Andererseits ist er in seiner Berufsrolle eingeengt, da sie mit einem gewissen Selbstverständnis und Berufsbild auch seitens der allgemeinen Bevölkerung assoziiert wird. In der Literatur sind vielfältige Anweisungen für günstiges



Therapeutenverhalten zu finden, weniger häufig sind solche Publikationen, die problematisches und für den Klienten belastendes Therapeutenverhalten in seinen Auswirkungen aufzeigen. Das mag zum einen an der selektiven Wahrnehmung der Fachleute selbst liegen, da sie annehmen, daß per se nur der Klient ein inadäquates Verhalten zeigen werde und zum anderen könnte sich dahinter die Furcht verbergen, das eigene Expertenverhalten dahingehend zu analysieren, wie es sonst nur mit Klienten praktiziert wird, ein Rollentausch wäre undenkbar. Unabhängig von diesen Vermutungen, spricht die Tatsache der dürftigen Veröffentlichungen zum Thema nicht unbedingt dafür, daß das Therapeutenverhalten als problemlos zu beurteilen ist. Dies wurde mir besonders aus zahlreichen, nicht standardisierten Befragungen von Kollegen zur subjektiven Zufriedenheit mit ihrem eigenen Verhalten deutlich.

Bereits in ihrer Gründungszeit schrieb die GWG kollegiale Supervision vor, ähnlich die DGVt. Das älteste Beispiel ist die Lehranalyse innerhalb der Ausbildung zum Psychoanalytiker. Heutzutage ist Supervision und Selbsterfahrung in zahlreichen Fortbildungsmodellen zum festen Bestandteil des Programms geworden; umso erstaunlicher ist die Feststellung, daß praktisch immer noch viel zu wenig in dieser Richtung am eigenen Verhalten gearbeitet wird und wenn, dann nur sehr vorsichtig und nicht allzu selbstkritisch. Dies trifft besonders für private, d.h. selbstgegründete Teams zu, deren Fluktuationsrate bisweilen stark erhöht ist. Vielleicht mag es den Therapeuten daher schwer fallen, ihre professionelle Fassade selbstehrlicher zu betrachten, als es

vielerorts praktiziert wird.

Gewisse Zugeständnisse an das eigene Verhalten zu machen, dürfte doch eigentlich leicht fallen, wenn man bedenkt, daß sich ein Therapeut häufig in schwierigen Situationen befindet, in denen ein Anspruch eigener Perfektion eher einer Fehlanpassung entspricht. Oftmals ist ein Therapeut herausgefordert, ein bestimmtes Verhalten im Zuge einer bestimmten Behandlungsform zu zeigen. Dabei ergibt sich die Frage, ob er in dem Moment sich selbst gegenüber echt und kongruent sein kann bzw. sich auch so erlebt. Beispielsweise verlangen konfrontative Verfahren viel Erfahrung, eine genaue Beobachtung des Klienten und vor allem eine korrekte Problemanalyse. Die eigenen Wahrnehmungsfehler sind dabei ebenso zu analysieren wie die der hilfesuchenden Person. Wie kann aber der Klient dem Therapeuten als Modell folgen, wenn jener dieser Rolle selbst nicht erfüllen kann? Koendgen (1984) gibt in ihrem Artikel Hinweise zum Verhalten eines Therapeuten, der dem Patienten die Möglichkeit bietet, seine Entwicklungs- und Veränderungsschritte durch partielle Identifikation mit den damit verbundenen Objekten und Personen zu vollziehen. Da die vorstellbare Bandbreite therapeutischen Verhaltens sehr groß ist, sollte davon abgesehen werden, pauschale Ratschläge in "Verhaltensklassen" zu geben. Dazu nur soviel: "Die Art, wie Therapeuten ihr Verständnis der inneren Gefühls-Welt des Klienten artikulieren, ist recht unterschiedlich. Jeder Therapeut muß genau aussprechen, was der Klient fühlt, aber die Art, wie er das tut, hängt vom Stil und der Lebensgeschichte des Therapeuten selbst ab. Therapeuten, denen es in erster Linie auf Bestäti-

gung des Klienten und intensiven Gefühlsausdruck ankommt und der empfindsam auf die Tendenz der Klienten reagiert, möglichst nett, sanft und selbstlos zu sein, um akzeptiert zu werden, wird dem Verleugnen ärgerlicher Gefühle für die Entstehung der Neurose besondere Bedeutung beimessen" ... "Auch gibt es in der Beziehung zu jedem Klienten bestimmte Bereiche, die dem Therapeuten schwer zugänglich sind, in denen er unsensibel oder sogar nachlässig reagiert" (Barton, 1979, S. 193).

Die Zitate sollten uns nicht zu der Überzeugung verleiten, daß sich ein Psychotherapeut um jeden Preis gemäß der Gesundheit seines Klienten zu verhalten hat und dabei perfekt funktionieren muß; er sollte vielmehr die Grenzen seines eigenen Verhaltensspektrum durch die Eigenanalyse erfahren. Die Chance des Selbsterkennens wird im Rahmen der therapeutischen Fortbildung im letzten Kapitel ausführlicher angesprochen werden. Wichtig ist hier, festzuhalten, daß die Probleme des Therapeuten ebenso komplexe Ursachen haben wie die des Klienten (z.B. die Lebensgeschichte des Therapeuten), Erscheinungsformen (verdeckt oder offen) und Konsequenzen (negative für den Therapeuten und/oder den Klienten). Die Erfassung der entscheidenden Variablen therapeutischen Problemverhaltens ist sogar viel zu komplex und fall-spezifisch, als daß eine Vorgehensweise mit dem Anspruch eindeutiger Zuordnung in Verhaltensklassen sinnvoll wäre. Selbsterfahrung wird auch in Zukunft eine in diesem Sinne indizierte Methode sein, gerade weil sie die Person ihre individuell-intrapyschischen Konflikte erleben läßt. Derjenige Therapeut muß dazu auch bereit sein, denn nur so kann sie Ausgangspunkt günstigen

Therapeutenverhaltens werden.

## 2.4. Die Therapeut - Klient Beziehung/eine kritische Betrachtung

Merkmale des Therapeuten, des Klienten, deren Eigenschaften und Verhalten in bestimmten Situationen wirken sich auf ihre menschliche Beziehung zueinander aus, die sie im Laufe der Behandlungsphase aufbauen. Obwohl die an sich recht unterschiedlichen Rollen "der Fachmann" und "der belastete Klient" vorgegeben sind, kann die Güte der Beziehung dieser zwei im persönlichen Austausch befindlichen Personen erheblich variieren. Die Faktoren, welche letztlich die Qualität jener Beziehung entscheidend beeinflussen, sind zu komplex und schwer operationalisierbar, so daß eine Isolation jeweils einzelner relevanter Variablen unrealistisch ist. Eine kritische Betrachtung der therapeutischen Beziehung an sich ist jedoch unerlässlich, da die Genesung des "gestörten Klienten" erheblich von seiner subjektiven Zufriedenheit mit der therapeutischen Interaktion abhängt.

### 2.4.1. Empirische Untersuchungen zur Therapeut - Klient Zuordnung

Die meisten Autoren beschäftigen sich mit der Frage, wie sich die gute, intakte Beziehung gestaltet (van der Geest, 1982, Frank, 1985, Watzlawik, 1982). Nur vereinzelt werden auch problematische Bereiche aufgegriffen. So z.B. von Rice (1984), der in seinen experimentalpsychologischen Befunden psycholinguistische- und interaktionsanalytische Bewertungen zu konkreten

Therapeut - Klient Gesprächssequenzen vornimmt. Die Ergebnisse sind sehr detailliert, so daß der Leser erst einer Einführung in die Grundannahmen der Linguistik bedürfte, um sie zu verstehen. Aus diesem Grunde möchte ich hier nur auf Rice als aussagekräftige, wenngleich auch sehr spezielle Datenquelle verweisen. Einen weiteren Erklärungsansatz zu kritischen Aspekten stellt Krause (1984) bereit. Seine Überlegungen beziehen sich auf die Verweigerung und Überforderung in der Entwicklungstherapie und auf die effiziente Gestaltung therapeutischer Situationen. Seine Analyse ist fallbezogen und qualitativ. Das besondere Augenmerk wird auf die "Verweigerungs-Interaktion" des kindlichen Klienten gerichtet. Der Verallgemeinerungsgrad ist zwar aufgrund der Einzelfallanalyse gering, doch kann die Untersuchung als Hinweis auf spezielle psychologische Schwierigkeiten im Umgang mit kindlichen Patienten gesehen werden. Die unter dem Begriff "Verweigerung" subsummierten Faktoren entsprechen den im Kapitel III unter "Widerstand" aufgeführten. Smith (1984) hingegen vertritt die These, daß Therapeuten grundsätzlich weniger Angst vor der Durchführung einer Behandlung haben als deren Klienten, was als Beitrag zur Entstehung einer unsymmetrischen Beziehung und damit einer Störung angenommen werden kann. Obige These ist sowohl plausibel, als auch empirisch belegt und insofern therapie- und klientenübergreifend verwertbar als möglicherweise negativ wirksamer Faktor in Psychotherapien. Eine neuere Arbeit von Gong (1985) beschäftigt sich mit der Nicht-Anpassung von Patient und Therapeut, wobei er als spezifischen Belastungsfaktor des Klienten die Zugehörigkeit zu Minoritäten und unteren Sozialschichten annimmt. Belege für die Relevanz dieser Variablen sind erbracht

worden.

Verschiedene andere empirische Studien setzten sich mit der Frage auseinander, welchen therapeutischen Stil und welche Methode Klienten erwarten, wenn sie Therapie aufsuchen. Begley et al (1969) fanden bei der Faktorenanalyse eines dazu konstruierten Fragebogens heraus, daß sich zwei Klientengruppen unterscheiden lassen. Die einen erwarten hohes persönliches Engagement, die anderen lehnen dies eher ab. Halder (1977) berichtet dazu, daß Unter- bis Mittelschichtklienten verhaltenstherapeutische Ansätze höher bewerten als Studenten und eher einen aktiven, handlungsorientierten Stil erwarten. Allgemein erwarten sie praktische Ratschläge.

Die am häufigsten berichteten und wichtigsten Kritikpunkte der Therapeut - Klient Zuordnung sind die folgenden:

- Verschiedenartige soziale Herkunft und Geschlecht von Therapeut und Klient wirken sich möglicherweise negativ aus.
- Es kann vermehrt zu Problemen auf der persönlichen Ebene kommen, wenn Therapeut und Klient derartig zueinander unpassende Persönlichkeitsmerkmale haben, daß die Herstellung einer harmonischen Beziehung nicht möglich ist.
- Besonders in ganz bestimmten Problembereichen (z.B. Sexualität) kann es von Nachteil sein, den Klienten mit einem Therapeuten zu konfrontieren, dessen Geschlechtszugehörigkeit es ihm sehr erschwert, sich zu offenbaren.
- Die Auswirkungen der Ähnlichkeiten von Therapeuten und Klienten

ten hinsichtlich ihrer Wertorientierungen wurden bisher nicht hinreichend untersucht. Post - hoc Studien legen jedoch nahe, daß Verbesserungen mit zunehmender Konvergenz der Wertsysteme einhergehen.

- Klienten erwarten in der Regel, daß Therapeuten aktiver sind als sie und erleben aktive Therapeuten als wärmer und freundlicher als andere. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, sind negative Reaktionen seitens des Klienten wahrscheinlich (Rückzug, Gehemmtheit, Hilflosigkeit).
- Längeres Schweigen des Therapeuten wird sogar in den meisten Fällen als belastend erlebt.

Soweit lassen sich die Erkenntnisse aus empirischen Untersuchungen ordnen und zusammenfassen. Es ist deutlich, daß möglicherweise Faktoren wie die Geschlechtszugehörigkeit des Klienten, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, Divergenzen in ihren Wertvorstellungen, therapeutische Passivität und häufiges Schweigen als belastend vom Klienten empfunden werden. Sie können daher potentiell zur Symptomverschlechterung beitragen und als Risikofaktoren gelten.

#### 2.4.2. Konzepte und Modelle therapeutischer Schulen

Der Interaktionsstil und damit der Aufbau einer Gesamtbeziehung beider agierenden Personen ist auch durch die Zugehörigkeit des Therapeuten zu der therapeutischen Schule mitbestimmt, dessen Grundannahmen er am ehesten akzeptiert. Dem gemäß verhält er sich vorwiegend so, wie es mit dem von ihm präferierten Therapieansatz

vereinbar ist. In der Praxis ist der Fall recht selten, daß er sich z.B. ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch verhält; vielmehr folgen die an neueren Theorien orientierten Fachleute integrativen Modellen therapeutischen Handelns. Sie beziehen z.B. sowohl psychodramatische, wie auch gesprächstherapeutische Elemente in die Verhaltenstherapie mit ein. Die Basis ihrer Kommunikation ist somit eindeutig abgrenzbar von denen anderer Schulen.

Theoretisch bestehen jedoch Grundannahmen der therapeutischen Schulen, welche sich unterscheiden lassen. Das Wissen um jene schulenspezifischen Basisvariablen ist von Vorteil, denn jeder Therapeut wird sich vorwiegend so verhalten, wie es seine bevorzugte Richtung fordert und erst zweitrangig andere Arten der Kommunikation berücksichtigen. Die Hauptkomponenten der Therapeut - Klient Beziehung sollen anhand der klientenzentrierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie (incl. der kognitiven Ansätze) und der Psychoanalyse erläutert werden.

#### a) DIE KLIENTENZENTRIERTE - PSYCHOTHERAPIE

Es werden die Grundbedingungen genannt, die Carl Rogers (1967) als notwendig und hinreichend für eine therapeutische Veränderung erklärte; diese sind:

1. Zwei Personen haben psychologischen Kontakt miteinander.
2. Der erste, den wir Klienten nennen, ist in einem Zustand von Inkongruenzen, er ist verwundbar und ängstlich.
3. Die zweite Person, die wir Therapeut nennen, ist kongruent.
4. Der Therapeut erlebt unbedingt positive Zuwendung zum Klienten.



ten.

5. Der Therapeut erlebt ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, ihm das so Erlebte mitzuteilen.
6. Der Klient nimmt zumindest in geringem Maße wahr, daß der Therapeut ihm empathisches Verstehen und unbedingte positive Zuwendung entgegenbringt.

#### b) DIE THERAPEUT - KLIENT BEZIEHUNG IN DER VERHALTENSTHERAPIE

1. Der Therapeut wirkt angstreduzierend.
2. Der Therapeut ist eine Verstärkerquelle.
3. Selbstregulation und Selbstverpflichtung des Klienten.
4. Der Therapeut hat Modellfunktion.
5. Die Therapeut - Klient Interaktion ist ein Lernfeld.
6. Der Therapieerfolg ist u.a. abhängig von dem Grad an Motivation bzw. Widerstand des Klienten.

#### b1) DIE THERAPEUT - KLIENT BEZIEHUNG IN DEN KOGNITIVEN THERAPIEN

Beide Ansätze von Beck (1986) und Ellis (1979) betonen, daß sich der Therapeutenstil im Verlauf der Behandlung wandelt. Nach der Rapportbildung wird die Struktur der Sitzungen anfangs völlig vom Therapeuten bestimmt, wobei er möglichst einfühlsam vorgehen soll, während die Inhalte der Sitzungen vom Klienten bestimmt werden. Im weiteren Verlauf soll der Eigeninitiative des Klienten zunehmend mehr Raum geboten werden, wobei sich der Therapeut immer mehr zurückzieht.

Die Basisvariablen der jeweiligen Therapieform sind notwendigerweise stark verkürzt dargestellt. Dem Leser soll dadurch auch lediglich ein informativ - vergleichender Überblick unterschiedlicher Grundmuster therapeutischer Akzentuierungen gegeben werden.

1. Der rational - emotive Therapeut verhält sich bei den meisten Klienten aktiv - direktiv. Dies betrifft insbesondere seine verbalen Aktivitäten während der ersten Therapiesitzungen.
2. Der rational - emotive Ansatz ist ungewöhnlich didaktischer Natur. Der Therapeut hat eine eher dozierende Rolle.
3. RET Therapeuten arbeiten nur in geringem Umfang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen. Sie verhalten sich sogar zu einigen Klienten bewußt nicht "warm", gerade weil ihr Hauptproblem darin bestehe, daß sie sehr auf die Akzeptanz anderer Personen angewiesen seien.
4. Die gesamte RET ist häufig mehr eine philosophische, als eine psychologische Therapie.
5. Den Klienten soll in der Regel eine für sie neuartige, existentialistisch orientierte Lebensphilosophie mitgegeben werden.

Den Methoden entsprechend treten die folgenden kritischen Momente in der Behandlung am häufigsten auf:

1. Die RET stellt von Anfang an hohe Anforderungen an den Klienten. Die gesamte Verantwortung für Veränderungen lastet auf ihm. Sie wird durch die Therapie dadurch verstärkt, daß ihm eine klare Methode zur Lösung seiner Probleme gezeigt wird,

noch ehe er in der Lage ist, sie anzuwenden.

2. Weiterhin wird der Klient mit Nachdruck dazu angehalten, sofort feste, die eigene Person betreffende Überzeugungen zu reflektieren, deren Bewußtwerdung oft schmerzlich für ihn ist. Dieses Gefühl wird oft durch die eher "kalte" therapeutische Beziehung nicht berücksichtigt.
3. Als Folge der Punkte 1. und 2. leisten nicht wenige Klienten Widerstand gegen die gesamte Behandlungsform.
4. Genaue Beschreibungen der Effekte (kognitiv - emotive Dissozianz, das Verfremdungssyndrom, Selbsthaß, Angst vor Mittelmäßigkeit) sind bei Ellis (1979) nachzulesen.

Ich halte es für unerlässlich, daß sich ein Therapeut mit den beschriebenen Reaktionen direkt und effektiv befasst, da eine nicht angemessene Handlungsweise des Therapeuten dazu führen kann, daß die Therapie vorzeitig beendet wird. Im günstigsten Fall tritt dann keine Symptomverschlechterung ein.

In einem weiteren kognitiven Ansatz von Beck (1986) hat die Therapeut - Klient Beziehung unten genannte Charakteristika:

1. Es soll eine zwischenmenschlich - therapeutische Beziehung entwickelt werden, in der der Klient herzliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten ausdrücken kann.
2. Der Klient soll sich sicher fühlen. Seine Scham- und Schuldgefühle, sowie seine anderen negativen Affekte sollen zunehmend in den Hintergrund der hergestellten Beziehung treten.

3. Der Klient soll auch hemmungslose Gefühlsausbrüche zeigen, wenn sie befreiend für ihn sind (z.B. weinen Therapeuten manchmal mit ihnen gemeinsam).
4. Starke Übertragungsreaktionen (s.u. Psychoanalyse) aufgrund von Punkt 1. - 3. werden anschließend sukzessiv abgebaut, da sie sonst hinderlich wären.
5. Die Therapeut - Klient Beziehung ist insgesamt durch Wärme, Empathie und Aufrichtigkeit gekennzeichnet.

Hier finden sich psychoanalytische Elemente wieder (Übertragung), wie auch gesprächspsychotherapeutische (Wärme, Empathie). Es handelt sich zwar um eine vom Ansatz her verwandte Methode zur Rational Emotiven Therapie nach Ellis; sie basiert jedoch innerhalb der therapeutischen Beziehungsziele in vielerlei Hinsicht auf anderen Anforderungen.

#### c) DIE THERAPEUT - KLIENT BEZIEHUNG IN DER PSYCHOANALYSE

Die relevanten Interaktionsvariablen sind:

1. Übertragung und Widerstand
2. Gegenübertragung und Spiegelhaltung
3. Arbeitsbündnis und reale Behandlungssituation (das bedeutet, die Fähigkeit des Patienten, in der Therapie zielgerichtet mitzuarbeiten).

Übertragung bezeichnet in der Psychoanalyse den Vorgang, wodurch die unbewußten Wünsche an bestimmten Objekten (z.B. Therapeut - Klient) im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus (aktueller

Interaktionsstil), der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden. Es handelt sich also um eine Erlebnisaktivierung bislang verdrängter Konflikte, die sich in Beziehungswünschen an den Therapeuten bzw. den Klienten äußert. Konkret handelt es sich um die Wiederholung infantiler Vorbilder, die wiedererlebt werden.

Die Übertragung wird behandelt wie jedes andere Symptom, derart, daß eine therapeutische Beziehung aufrechterhalten wird. Sie gründet sich auf eine vertrauensvolle Kooperation, in die Freud (1895) unter anderen Faktoren auch den persönlichen Einfluß des Arztes hineinbringt, ohne dies immer in Verbindung mit Übertragungsreaktionen zu deuten. Es zeigte sich des öfteren, daß der Analysand den Arzt unbewußt die Rolle der geliebten oder gefürchteten Elternfiguren spielen ließ. In diesem Sinne unterschied Freud zwei Übertragungsarten: die positive und die negative, eine Übertragung zärtlicher Gefühle und eine von feindseligen Gefühlen beherrschte.

Ein damit in engem Zusammenhang stehender Aspekt ist derjenige der Gegenübertragung. Freud (1910) sah darin den Einfluß des Kranken auf die unbewußten Gefühle des Arztes. Er nahm an, daß jeder Therapeut nur soweit erfolgreich sein könnte, als es seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände gestatten würden (Widerstände in der Therapie werden in Kapitel III noch ausführlicher behandelt, an dieser Stelle wird darauf verzichtet). Daraus ergab sich schon damals für Freud die Notwendigkeit, daß Analytiker sich einer persönlichen Analyse unterziehen sollen (vgl. Kap.

4.2.1.). Seit Freud war die Gegenübertragung Gegenstand wachsender Aufmerksamkeit von seiten der Kollegen. Eine Neuerung bestand seinerzeit darin, daß die Behandlung nunmehr als Beziehung verstanden wurde. Ein wichtiger Hinweis im Hinblick auf unsere Ausgangsfrage ist, daß eine eventuelle Manifestation der Gegenübertragung mit Hilfe der sog. "gleichschwebenden Aufmerksamkeit" zu kontrollieren ist, um negative Therapieeffekte im Sinne von erheblichen, persönlichen Abhängigkeiten - und insofern neuer, neurotischer Fehlanpassungen - zu vermeiden.

Therapieschulenübergreifend geht es mir um die Frage: Wie wirken die oben genannten Therapievariablen auf den Klienten? Das hängt zu einem erheblichen Teil von der Wirkung des jeweiligen persönlichen Stils des Therapeuten ab: Was also bezeichnet man überhaupt als "Therapeutenstil"? Er kann für unsere Zwecke verstanden werden als beobachtbares Verhaltensmerkmal auf der verbalen wie nonverbalen Ebene. Es liegt nahe zu vermuten, daß die Art der Vermittlung von Botschaften und die Art des Umgangs mit dem Klienten sein Beziehungserleben und das des therapeutischen Prozesses beeinflussen. Stile können als Verhaltensmerkmale als zeitlich konstantes Phänomen aufgefasst werden. Viele Untersuchungen unterstellen unüberprüft, daß z.B. Respekt, Freundlichkeit oder Wärme sogar bei unterschiedlichen Klienten realisiert werden. Einige Arbeiten sprechen jedoch stark gegen die Annahme der Konsistenz und belegen die Variabilität therapeutischer Stile. So fanden Mintz und Luborsky (1971), daß bei der Beurteilung der Empathie des Therapeuten Global - Einschätzungen der Stunde mit Bewertungen von kurzen Zeitpunkten danach wenig korrelierten.

Erstaunlicherweise war das Verhalten der Therapeuten erheblich weniger konsistent als dasjenige ihrer Klienten. Diesen Beobachtungen nach besteht sogar Grund zu der Annahme, daß tatsächlich in den dargestellten Interaktionsstilen verschiedener Therapie-schulen Unterschiede zwischen ihrer theoretischen und ihrer praktischen Durchführung vorzufinden sind.

Führen wir uns vor Augen, daß oberstes Ziel die Genesung des Klienten ist, so darf es nicht auf die stringente Verfolgung eines sozusagen "vorgeschriebenen" therapeutischen Stils ankommen, sondern vielmehr auf die "Klientenwahrnehmung der therapeutischen Interaktion" (kurz "KWTI" genannt). Sie kann in vielen Fällen ein zufriedenstellender Maßstab therapeutischer Wirkungen sein. Sie erwies sich als weitgehend verlässlicher Prädiktor des Erfolges (Zimmer, 1983). Aus der Sicht des Klienten korrelieren folgende Eigenschaften des Therapeuten mit der Gesamteffektivität: positive Korrelationen: der Therapeut wurde als hilfreich, glaubwürdig, wirklich am Klienten interessiert, aktiv und beteiligt erlebt; negative Korrelationen: der Klient nahm eine Abwertung seiner Person wahr, Distanz und Unsicherheit des Therapeuten. Einschränkend müssen wir natürlich bedenken, daß der Therapeut sich nicht wirklich so verhalten muß, damit ihn der Klient auch so wahrnimmt. Ist aber die Klientenwahrnehmung zu seinen Ungunsten in die negative Richtung verschoben, ist es schließlich die Aufgabe des Therapeuten, diesen Zustand zu verändern. Die allgemeine Anwendung von als günstig angenommenem Verhalten ist hier nicht in jedem Fall hilfreich, die meisten Ratschläge berücksichtigen nämlich viele der aufgeführten Gefährdungsfaktoren nicht, so daß sie keine adäquaten Hilfen bereitstellen können.

Zimmer (1983) referiert eine Studie von Kalfas (1974), mit der dieser zeigen konnte, daß Empathie nur dann mit der Effektivität korrelierte, wenn sie auch in der KWTI konsistent hoch bewertet wurde. Positive KWTI hing zu verschiedenen Meßzeitpunkten mit unterschiedlichen Verhaltensweisen (Fremdratings) des Therapeuten zusammen: in der 3. Sitzung mit warmem, entspanntem, ausdrucksreichem Stil, Ermutigung und Respekt, in der 6. Sitzung mit Fokus auf den kognitiven Reaktionen des Klienten zu außertherapeutischen Situationen und Interesse für den Klienten, sowie in der 8. und letzten Sitzung mit reduzierter Therapeutenaktivität und stärkerer Gefühlsrückmeldung, die es dem Klienten erlaubte, innerlich mit der Behandlung abzuschließen.

Diese Feststellungen berücksichtigen die wichtige Tatsache, daß Klienten in unterschiedlichen Phasen des Therapieverlaufs recht unterschiedliche interaktionelle Bedürfnisse haben, deren Befriedigung erst mit positiver KWTI einhergeht. Mir bleibt die Schlußfolgerung, daß die schulenspezifischen Basisvariablen nur als Hilfe zur Erweiterung des eigenen Verhaltensrepertoires anzusehen sind, dessen Einsatz sich an den aktuell interaktionistischen Bedürfnissen des Klienten orientieren sollte, um die Voraussetzung zu einer erfolgreichen Behandlung zu schaffen. Jede Art therapeutischer Rigidität und Inflexibilität birgt demnach Gefahren in sich. Unser therapeutisches Ziel kann nicht sein, nur rein menschliches, intuitives Verhalten zu zeigen, sondern das jeweils passende Verhalten zu den klientspezifischen Interaktionsstilen zu praktizieren und nicht ausschließlich im Sinne therapeutischer Schulenzugehörigkeit zu handeln. Dies ist in der Praxis immer noch allzu häufig der Fall. Die Erfassung akuter Klientenbedürfnisse erfordert große Aufmerksamkeit vom Therapeuten, eine geschulte Wahrnehmung der Bedürfnisse anderer Menschen, hohe Sensibilität, sowie eine erhöhte Flexibilität in der Vorgehensweise.



Zur allgemeinen diagnostischen Erfassung von Paarbeziehungen ist die Methode der "Interaktionsbeobachtung" und die der "psychologischen Interaktionsanalyse" empfehlenswert. Sie läßt sich gleichermaßen auf jegliche diadische Kommunikation anwenden, so auch auf die Therapeut - Klient Beziehung. Hier werden über die Diagnostik hinaus, emotionale und kognitiv verhaltenssteuernde Faktoren erfasst (Innerhofer, 1978).

Selbst innerhalb einer Kurztherapie läßt sich der Verlauf der Therapeut - Klient Beziehung hinreichend exakt bestimmen. Als ein in neueren Forschungsarbeiten vorgestelltes Erhebungsinstrument kann ich vor allem das von Benjamin entwickelte Verfahren "Structural Analysis of Social Behavior" (SASB) nennen (Bastine et al, 1987). In diesem Sinne läßt sich das Meßinstrument ebenso zur Prozeß- und Erfolgsforschung einsetzen.

Wir sehen, daß jede genannte Therapieform zu negativen Effekten beitragen kann, daher sind andere Unterscheidungen sinnvoller als diejenige nach Therapieschulen. Die Bedürfnisse des Klienten verändern sich im Verlaufe der Behandlung - gleich welcher -, sodaß seine aktuellen Bedürfnisse unbedingt, erkannt und berücksichtigt werden sollten. Die Anfangsphase der therapeutischen Begegnung scheint hier einen ganz besonderen Stellenwert einzunehmen.

#### 2.4.3. Probleme der Therapeut - Klient Beziehung in der Anfangsphase

Man sagt im Volksmund: "Der erste Eindruck ist entscheidend". Diese Redensart rührt zwar ursprünglich von unsystematischen Alltagsbeobachtungen her. Es hat sich jedoch vielfach gezeigt, daß sich die ersten Eindrücke, die man von einer Person hat, im Laufe der Zeit wenig verändern. Eine einmal getroffene Beurteilung beeinflußt entscheidend die Wahrnehmung und Interpretation aller nachfolgenden Ereignisse, die mit einem gewissen Subjekt

in Verbindung stehen. Gemäß der Dissonanztheorie (Festinger, 1957, 1978) ist die Wahrnehmung dann derart selektiv, daß alle Geschehnisse kognitiv so verarbeitet werden, ohne dabei bewußt gedanklich sich widersprechende Inhalte abzuspeichern. Dieses auch im Gedächtnis verankerte Geschehen kann dann nur noch durch extremes und offensichtlich andersartiges Verhalten der beurteilten Person verändert werden. So sind also die Weichen der menschlichen Beurteilung über eine andere Person hauptsächlich bereits zu Beginn des Kennenlernens gestellt. Wir haben keinen Grund anzunehmen, daß sich dieser phasenspezifische Ablauf bei therapeutischen Kontakten nicht ebenso wie im normalen Alltag einstellen sollte; daher gilt dies als Prämisse des Folgenden. Das Anamnesegespräch bzw. die gesamte Anfangsphase haben somit einen besonderen Stellenwert für die gegenseitige Beurteilung von Therapeut und Klient.

In der Regel hat der Klient in vergangener Zeit einige persönliche Problemlöseversuche durchgeführt, die fehlgeschlagen sind. Durch den Mißerfolg anderer z.B. medizinischer Vorbehandlungen oder der Gespräche mit Freunden kommt er relativ hilflos bis desillusioniert in eine für ihn wiederum unsichere und neuartige Situation. Aufgrund seiner zunächst verlorenen Zukunftsperspektive und der von ihm bevorzugten Beachtung kurzfristiger Folgen, sollten u.a. längerfristige Zielplanungen zu diesem Zeitpunkt zugunsten kurzfristiger therapeutischer Schritte (z.B. ein Buch lesen) zurückgestellt werden. Günstig können sich solche Aufgaben erweisen, die von der eigenen Befindlichkeit ablenken (z.B. die Natur beobachten und jemanden darüber erzählen). Solche unmittel-

baren Schritte sind aufgrund des hohen Leidensdruckes sehr früh notwendig, um Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung und einem vorzeitigen Therapieabbruch entgegenzuwirken. In jeder Anfangsphase ist unbedingt die Suizidalität (Depressivität) abzufragen (Testverfahren z.B. in: Beck, 1986); auch hier sind zunächst oberflächlich erscheinende Maßnahmen hilfreich, wie z.B. "sportliche Aktivitäten" (den günstigen Einfluß von körperlicher Aktivität auf den durch Passivität erhöhten Serotonin - Spiegel hat Hellhammer, 1983, belegt).

Bereits die ersten Kontakte bedeuten für den Klienten aktives Verhalten, eine ihm unbekannte Strukturierung in seiner als desorganisiert erlebten Welt, einen sozialen Kontakt überhaupt. Unsere Aufgabe als Therapeuten ist es, mit ihm eine klare Strukturierung (im Sinne eines "advanced organizer") und die Vermittlung einer für ihn akzeptablen Zukunftsperspektive zu erarbeiten. Auch die in der beruhigenden Versicherung zum Ausdruck kommende Nicht-Hilflosigkeit eines Therapeuten ist geeignet, das Gefühl des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit zu reduzieren. Wir haben also gerade in der Anfangsphase Modellfunktion. Negative Klientenkognitiven können in Frage gestellt werden durch die Exploration positiver Eigenschaften des Klienten und die Erfahrung von Interaktionsmerkmalen gemäß der KWTI (vgl. Kap. 2.4.2.).

#### 2.4.4. Elementare Schwierigkeiten und Probleme in der Therapeut - Klient Interaktion

Es geht um typische, in verschiedenen Therapiearten beobachtete Schwierigkeiten therapeutischer Interaktionen, die sich nur allzu schnell automatisieren und bei längerem Bestehen änderungsresistent werden. Das bedeutet in gewisser Weise einen Kontrollverlust auf beiden Seiten über den eigenen Sprach- und Verhaltensstil; ein klinischer Praktiker würde dieses Phänomen bei einem seiner Klienten als "Zwangsprozeß" bezeichnen.

Ein Lösungsweg besteht darin, die Steuerungsmuster des Handelns so zu verändern, daß Diskrepanzen zwischen Antizipationen und Handlungseffekten verringert werden. Als therapeutischen Mißerfolg würde ich die unkritische Übernahme einer Therapieideologie betrachten, also eines fremden Ordnungsgerüsts, sowie die Abwehr der Ordnungen, die die therapeutische Interaktion anbietet und, daraus folgend, die reaktive Verstärkung konfliktträchtiger Fehlanpassungen. Es ist allerdings nicht zu erwarten, daß der Klient über Informationen verfügt, die es ihm erlauben würden, einen Therapieprozeß selbständig nach den Regeln des professionellen Problemlösevorganges einzuleiten. Er verfügt in der Regel über keine systematische Problemformulierung, schwankt in den Zielvorstellungen hin und her und äußert sein Problem so, daß es für ihn unter den gegebenen Umständen unlösbar ist. Es ist klar, daß dieser Prozeß nur mit beträchtlichen inneren Schwierigkeiten auf der Klientenseite vonstatten gehen kann. Um ihm eine konstruktive Selbstexploration zu ermöglichen, ist es

nicht ausreichend, daß der Therapeut sich mit seiner pädagogisch-didaktischen Rolle begnügt, die ihm im durchschnittlichen Rahmen zugewiesen wird.

Um Ansatzpunkte einer Störungsprophylaxe zu entwickeln, gehe ich zunächst auf die Systematik kommunikativer Schwierigkeiten ein. Ich gehe davon aus, daß elementare Schwierigkeiten und Probleme in der Therapeut - Klient Beziehung nur teilweise kategorisch verstehbar und dementsprechend auf die Redeplanung übertragbar sind. Da die verbalen und nonverbalen Aktivitäten zeitinkonsistent sind, d.h. erst aus der aktuellen Situation heraus entstehen, kann der Therapeut die Indikation gezielter Gegenmaßnahmen bei Kommunikationsstörungen auch erst aktuell treffen. Globale Ableitungen oder generelle Empfehlungen sind nicht angebracht. Es gibt zwar Kategoriensysteme kommunikativer Schwierigkeiten (Bliesener, 1984, S. 114, 146, 178), jedoch handelt es sich meist eher um linguistische, als um psychologische Modelle. Diese erklären nicht die den Störungsprozeß aufrechterhaltenden Bedingungen, so daß Alternativen zu den beobachteten elementaren Schwierigkeiten nicht ableitbar sind. Hingegen besteht für jeden Therapeuten grundsätzlich die Möglichkeit, typische Hindernisse in der Redeplanung, Fehler, Mißerfolge und dadurch bedingte Belastungen mit Hilfe des Modells nach Innerhofer (1978) zu diagnostizieren. Anschließend können, an den situationseigenen Gesprächsinhalten orientiert, entsprechend positive Veränderungen geplant werden (vgl. Supervision, Kap. 4.4.). In den nachfolgenden Therapiesituationen ist dann möglicherweise die Wahrnehmung des um jene elementaren Schwierigkeiten wissenden Thera-

peuten geschärft, so daß alsbald entweder die Fehlertypen vorzeitig bemerkt oder zumindest über die Zeit abgebaut werden können.

#### 2.4.5. Paradoxien als Störvariable in der Therapeut - Klient Beziehung

Eine hauptsächlich von Watzlawik (1982, 1983) initiierte Anregung richtet sich auf die Bedeutung von Paradoxien in alltäglichen Situationen, wie auch außerhalb der Psychotherapie. Sie wird durch aktuellere Literatur weitergeführt, wie z.B. in der kritischen Analyse der Fallgeschichte von und nach Vera Becker (Hemminger/Becker, 1985), auf die an dieser Stelle Bezug genommen wird.

Sie analysiert die Situation in der Rolle einer Patientin und stößt dabei auf einige Charakteristika der Behandlung. Gerade derartige Erfahrungsberichte geben sehr gut wieder, was aus der Sicht des Patienten wirklich mit und in ihm geschieht. Dies genau habe ich in Kap. 2.4.2. als "Klientenzentrierte Wahrnehmung Therapeutischer Interaktion" (KWITI) bezeichnet. Becker (s.o.) erfuhr "am eigenen Leibe", daß sich der Therapeut die Aufgabe stellte, den Klienten durch einen Veränderungsprozeß zu führen, den er selbst - nicht aber der Klient - kontrollierte. Eine symmetrische Beziehung ohne einseitige Kontrolle wurde nicht gewünscht und war im Rahmen des angestrebten Therapieprozesses auch unmöglich. Versuche, die therapeutische Beziehung verbal als symmetrisch zu definieren, während der Kontext (z.B. der

institutionelle Rahmen, das implizierte oder explizierte Selbstverständnis der Berufsrolle ...) sie anders definiert, stellen eine paradoxe Botschaft dar, die es dem Patienten unmöglich macht, die wirkliche Beziehung zu beeinflussen. Wenn etwas in der Therapie schiefgeht und der Klient sich beklagt, kann man ihm sagen, daß er selbst dafür verantwortlich sei, denn "wir sind Deine Partner, und das hier ist Deine eigene Therapie". Da in jedem Fall der Kommunikationsrahmen so gewählt wird, daß die Kontrolle über die Beziehung beim Therapeuten liegt, erlebt er - der an die Theorie glaubt und seine Aufgabe akzeptiert - die einseitige Kontrolle nicht als belastend; auch der Klient wird erst dann unzufrieden werden, wenn er die Beziehung verändern, anders definieren, will. Der passiv - submissive oder der symbiotisch - abhängige Klient wird dadurch keine subjektive Unzufriedenheit erfahren müssen, doch bleibt die Frage nach einem konstruktiven Weg des Klienten zur Autonomiegewinnung und selbständiger Problemlösefähigkeit unbeantwortet.

Als eine spezielle Form hob Watzlawik (1982) die Bedeutung der "Sei - spontan" Paradoxie hervor, für die Hemminger/Becker (1985) ein Beispiel aus ihrer eigenen Behandlung nennen: der Analytiker hatte sie aufgefordert, gegen ihre Anfälle von Heißhunger nicht mehr anzukämpfen, sondern sie zu "akzeptieren".

Allgemein bilden Anweisungen, die sich einer Vokabel wie "akzeptieren", "annehmen" oder "zulassen" bedienen, die wesentlichen Vehikel zur Einführung von Paradoxien in die Psychotherapie. Doch diese Aufgabe wird Klienten in Primärtherapien fortwährend gestellt. Der Gegensatz, daß ein spontanes Ereignis durch absichtliches Handeln (per Anweisung) herbeigeführt werden soll,



liegt jeder der unzähligen Formen der "Sei - spontan" Paradoxie zugrunde. Um noch einmal auf die Grundparadoxie einiger Therapieannahmen zurückzukommen, sei das Beispiel des Gesprächstherapeuten aufgegriffen. Er kann gar nicht nur einen Spiegel für die Äußerungen seiner Klienten bilden, ebenso wenig wie der Primärtherapeut "alte Gefühle" hervorrufen kann, die mit ihm nichts zu tun haben. Diese Tatsache weist auf die unmittelbare Abhängigkeit aller vom Therapeuten vermittelten Inhalte zu dessen eigener Lebensgeschichte und Persönlichkeitsmerkmalen hin. Auf die Bedeutung der Selbstanalyse für die Ausbildung zum Therapeuten gehe ich noch in Kap. 4.4. genauer ein.

#### 2.4.6. Therapie als Gegenparadoxie

Die Behauptung, daß die therapeutische Situation ein Paradoxon per se sei, soll exemplarisch anhand der Tiefenpsychologie und im besonderen der Gesprächspsychotherapie überprüft werden. In der Regel gibt der Klient zu verstehen, daß seine Symptome unwillkürlich seien, so daß ihm nichts helfen könne. Dies ergibt sich schon aus der Tatsache, daß es kaum einen Klienten gibt, der nicht bereits selbst Anstrengungen zur Problemlösung versucht hätte; sein eigener Weg war jedoch offenbar erfolglos. Wenn sich z.B. ein Klient beklagt, daß ihm der Therapeut nicht helfe, wehrt jener die Kritik meist ab, um den Therapieprozeß aufrecht zu erhalten. Das bedeutet, er muß gegen die Absicht des Klienten die Therapie weiterhin als erfolgreich definieren und in diesem Sinne einseitige Kontrolle ausüben.



Dieses Beispiel entstammt zwar einer tiefenpsychologischen und gesprächstherapeutischen Behandlungssituation, ist aber prinzipiell auf andere Therapeuten und Klienten übertragen, da die Basis der Argumentation über die Grundannahmen dieser beiden Verfahren hinausgeht. Damit entsprechen sie genau dem Grundmuster paradoxer Beziehungskontrolle. Der Therapeut kann bestimmen, was in der Therapie geschieht, ohne daß es dem Klienten möglich ist, seine eigenen Definitionen zu ändern oder auch nur offen zu diskutieren.

#### 2.4.7. Die Abhängigkeit des Klienten

Vor allem wird die Abhängigkeit des Klienten wiederum durch die nondirektive Beziehungsdefinition (Kap. 2.4.6.) hergestellt, in der einseitige Kontrolle vom Therapeuten ausgeübt wird. Letztlich muß die therapeutische Beziehung anhand ihrer Wirkung auf den Einzelnen hin bewertet werden. Diese Wirkung kann, muß aber keineswegs negative Effekte nach sich ziehen. Die Therapieergebnisse müssen also nicht unerwünscht sein, aber wenn sie es sind, dann hat der Klient kaum eine Möglichkeit, diese Empfindung in seine Therapie einzubringen; dabei würde es den Therapeuten selbst in seiner beruflichen Entwicklung weiterbringen, eine differenzierte Rückmeldung zu erhalten, um persönliche Anstrengungen zur Kompetenzerweiterung gezielt in Angriff nehmen zu können. Sowohl für die therapeutische, wie auch eine andere zwischenmenschliche Beziehung bewerte ich die einseitige Beziehungskontrolle grundsätzlich als belastend und gefährlich, auch wenn dies von der unterlegenen Seite zunächst nicht so

empfunden werden mag. Die langfristige Konsequenz derartiger Kommunikation ist die Erzeugung von Abhängigkeiten, welche dem Oberziel positiver Persönlichkeitsveränderung entgegensteht.

Die angesprochene Gefahr kann vermieden werden, indem sich beide Seiten darüber einigen, was für eine Art von Beziehung sie wünschen. Der Problemlöseprozeß beinhaltet nicht nur die Problemanalyse und die Festlegung der Ziele, sondern auch die Wahl notwendiger und hinreichender Mittel. Diese Strategie ist zwar lerntheoretisch abgeleitet, ist aber im Prinzip auf jede andere Therapieform übertragbar. Natürlich vermag letztlich nur der Klient für sich entscheiden, welchen Weg der Problemlösung er beschreitet, doch helfen ihm aktive, wissen-vermittelnde Vorgehensweisen eher zur selbständigen Entscheidung als die nondirektive Art. Die therapeutische Beziehung wird vom Klienten als förderlich empfunden, wenn sie symmetrisch und komplementär ist (Grawe, 1980). Ermutigend und motivierend kann zusätzlich sein, wenn Ziele und deren Teil- oder Unterziele klar definiert werden, konkret sind, ihr Erreichen realistisch und überprüfbar ist. Der Therapeut - gleich welcher Schulenzugehörigkeit - muß die Verantwortung, die er unweigerlich trägt, auch offen wahrnehmen. Durch die Möglichkeit, die gemeinsam festgelegten Ziele zu überprüfen, ist sein Kontrollverlust in der Beziehung zum Therapeuten aufgehoben, er experimentiert eigenverantwortlich. Mit dieser Zielsetzung ist weder eine ideologisierte Definition der Psychotherapie vereinbar, noch lassen sich vage Versuche rechtfertigen, die Klientenpersönlichkeit in irgendeiner ihm unklaren Weise umzuformen. Somit wird Psychotherapie als

Sinnsuche ebenso wie die Psychotherapie als allgemeine Anpassungsreaktion (Konformität als sozial erwünschtes Ziel) an alle Schwierigkeiten des Lebens als legitime Möglichkeit ausgeschlossen. Damit wird uns auch möglich, auf umfassende, wirklich "spontane" Veränderungen zu hoffen, wenn es zunächst gelingt, einzelne positive Veränderungen zu erzielen.

#### 2.4.8. Ambulanz und Freie Praxis im Vergleich

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird nicht nur von den genannten Variablen geprägt, sondern ebenfalls von den spezifischen Bedingungen des institutionellen Settings. Zu diesen Bedingungen gehören u.a. Selektionsmechanismen, hierarchische Strukturen, das Selbstbild und die Ziele einer Institution. Sie prägen Beginn, Verlauf und Beendigung der therapeutischen Beziehung. Die Bearbeitung des Themas "Institutionelle Determinierung der Therapeut - Klient Beziehung in der Ambulanz" wurde bisher wenig wissenschaftlich fokussiert. Zum Thema wurde es, wenn überhaupt, durch den beliebten Kinofilm "Einer flog übers Kuckucksnest". Vereinzelt finden sich Falldarstellungen, so z.B. bei Jeaggi (1983). Ihre Untersuchungsergebnisse geben einige markante Punkte zum Thema wieder. Sie nennt einige häufig vorzufindene, belastend wirkende Eigentümlichkeiten, die in jeder Ambulanz vorkommen können und auf die geachtet werden muß, will man die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten negativer Therapieeffekte von Anfang an senken:

#### a) DIE DOMINANZ DER BERUFSGRUPPE

In den meisten ambulanten Einrichtungen sind dies die Psychologen oder Ärzte, denen - oft zu Unrecht - besonders viel Sachkenntnis zugetraut wird. Sie übernehmen die "schwierigen Fälle". Die dadurch zustande kommenden Überlegenheitsgefühle dieser Berufsgruppen beeinflussen die (ungleiche) Beziehung zum Klienten selbst, wie auch gegenüber Mitgliedern anderer Berufsgruppen in interdisziplinären Fachteams.

#### b) DAS PRESTIGE BESTIMMTER METHODEN

Es kommt gerade in Institutionen zu doppeldeutigen Indikationskriterien, wenn die Interessen zweier Fachleute kollidieren (z.B. Verhaltenstherapeut versus Psychoanalytiker). Falls es sich um einen "nicht analysefähigen" Klienten handelt, wird er vom Verhaltenstherapeuten behandelt. Dies bedeutet zum einen, daß er meist die intellektuell niedrig strukturierten, wenig beziehungs-fähigen Klienten übernehmen muß, zum anderen, daß seine Methode seitens des Psychoanalytikers als "oberflächlich" abqualifiziert wird.

#### c) DIE ZIELE DER AMBULANTEN EINRICHTUNG

Zum Problem kommt es, sobald ein herausragendes Ziel darin besteht, eine bestimmte Theorie zu beweisen, oder in jedem Fall Begleitforschung zu betreiben, auch falls keine entsprechend eindeutigen Indikationskriterien zur Anwendung dieser oder jener

Methode im Einzelfall bestehen und das Vorgehen somit dem Wohl des Klienten widerspricht.

#### d) DIE FORM DER HIERARCHIE

Geringe Motivation und minderes Selbstwertgefühl können daraus resultieren, daß Mitarbeiter mit geringem Prestige Aufgaben erhalten, die in der Zielhierarchie nicht dominant sind. Die Konsequenzen wirken sich auf sein seelisches Befinden aus und betreffen schließlich mittelbar seinen Einfluß auf den Klienten.

#### e) DER GRAD DER SPEZIALISIERUNG

Spezialisierungen sind meist von Nachteil (Jaeggi, 1983, S. 116): "Sie verengen nicht nur das Blickfeld, sondern führen auch zu besonders belastenden Therapien für den Spezialisten, der sich häufig mit seinen Prestigepatienten richtig verbünden muß, um seinem eigenen Bild nachzukommen". Gegen Spezialisierungen des Therapeuten in mehreren Bereichen sind keine Einwände zu erheben, da in dem Fall keine Blickverengung angenommen werden kann.

Ich möchte festhalten, daß Psychotherapie in der Ambulanz unter anderen Vorzeichen steht als in freier Praxis oder in einer geschlossenen Institution. Obige Beobachtungen finde ich in meinem therapeutischen Alltag bestätigt, sowohl als freier Praktiker, als auch am Fachkrankenhaus als angestellter Psychologe (Abb. 4). Das nachstehende Schema soll verdeutlichen, wie die Vor- und Nachteile von Ambulanz und freier Praxis in Bezug auf die Therapie etwa bestimmbar sind. Jeder kritische Praktiker

wird selbst am ehesten beurteilen können, inwieweit der nachfolgende Vergleich innerhalb seiner eigenen Praxis bzw. Institution zutreffend ist. So kann er anschließend für sich eine realistische Einschätzung hinsichtlich der Frage abgeben, ob eine Änderung seiner therapeutischen Realität erfolgen kann oder soll.

#### Abb. 4: Vor- und Nachteile in Freier Praxis und Ambulanz

(in Anlehnung an: Jaeggi, 1983 u. eigene Beobachtungen)

### F R E I E   P R A X I S

#### Vorteile

- i.d. Regel: hohe Motivation des Klienten, gute Kooperation
- gewisser finanzieller Druck auf beiden Seiten -- Therapie wird ernst genommen (Wert steigt)
- flexible zeitliche Einteilung möglich, je nach Bedürfnis des (berufstätigen) Klienten

#### Nachteile

- allzu große Spezialisierung des einen Fachtherapeuten in einer bestimmten Therapierichtung
- geringe Bereitschaft zur Supervision (Zeit = Geld)
- Konkurrenzdruck (implizit oder explizit) benachbarter Kollegen
- fast jeder Angemeldete wird angenommen (nehmen, was kommt), selbst falls es wesentlich bessere Möglichkeiten gäbe (u.a. finanzieller Druck)

## A M B U L A N Z

### Vorteile

- Interdisziplinäres Team -- Austausch an Erfahrungen in diversen Anwendungsbe-  
reichen
- unmittelbare Erreichbarkeit der Kollegen z.B. bei beson-  
deren Problemen mit Klienten
- wenig finanzieller Druck zwischen Klient u. Therapeut
- Fachwissen sowohl mit erheblicher Bandbreite, als auch hoher Spezialisierungsgrad

### Nachteile

- keiner fühlt sich ver-antwortlich (Klient wird weitergeschoben)
- politische Zielsetzungen der Institution behindern den Therapieprozeß im Einzelfall
- Prestigefrage diverser Berufsgruppen vordergründig, tatsächliche Fachkompetenzen (Fähigkeiten) nur zweitrangig (Machtausübung)

### KEINE UNTERSCHIEDE

Interesse, dem Klientenwohl förderlich zu sein



Eine pauschale Beurteilung der Frage, ob die freie Praxis oder eine ambulante Therapie mehr Nachteile mit sich bringt, ist nicht angebracht. Die differentielle Indikation für die eine oder andere Therapieart hängt von anderen, hier nicht genannten Faktoren ab, wie z.B. der Art der Störung: im Falle eines als "psychotisch" eingestuften Patienten, ist in jedem Fall eine intensive, kontrollierte Betreuung angebracht, unabhängig und vorrangig vor allen anderen Faktoren. Diese kann in dem Fall nicht in der freien Praxis erfolgen, das Risiko für den Patienten wäre zu groß. Außerdem sind die in Abbildung 4 referierten Vor- und Nachteile nicht objektiv zu gewichten, so daß ich nicht zu einer Entscheidung für oder gegen die Ambulanz und Freie Praxis kommen kann. Auch hier ist es wichtig, sich die möglichen, im eigenen Arbeitsfeld vorhandenen Nachteile zuzugestehen und erste Verbesserungsschritte in Angriff zu nehmen.

#### 2.4.9. Die therapeutische Beziehung als Kompromiß zwischen gegensätzlichen Prinzipien

Ein strittiger Diskussionspunkt entsteht aus der Frage, ob die Therapie dem Klienten tatsächlich geschadet hat, falls er dies seiner subjektiven Empfindung nach behauptet. Das Hervortreten von Leid und Schmerz (ebenso wie das Erleben von Freude und Wohlfühlen) innerhalb der Therapie kann nämlich derart mißgedeutet werden, als sei es ein Fehler und Versagen des Therapeuten, der ja nicht Leid, sondern Wohlbefinden schaffen soll. Der Klient fühlt sich einem schmerzzeugenden Therapeuten ausgeliefert. Er ist nicht in der Lage zu erkennen, daß "der Weg hinaus hindurch geht" und daß er alleine die aktive, wenngleich bisweilen schwierige Arbeit leisten muß; denn kein anderer Mensch kann stellvertretend für ihn seine Probleme lösen und schmerzvolle Erfahrungen durchleben. Junker (1984, S. 237) entnahm Berichten von Therapeuten, daß sie ähnliche Vorstellungen entwickelten: "Der Patient habe das Angebot des Therapeuten nicht aufnehmen können, er habe es mißverstanden oder mißbraucht, der Therapeut habe sich gequält und nicht verstanden gefühlt. Immer wird eine klare Schuldzuweisung gegeben, einmal dem Patienten, einmal dem Therapeuten". Kriterien, aufgrund welcher über das Verschulden negativer Therapieeffekte entschieden wird, sind mir nicht bekannt, auch wäre ihr Nutzen fraglich. Tatsache ist, daß aus Berichten von Therapeuten immer wieder hervorgeht, sie spürten, von ihnen würde eine weitere Anstrengung über ihr gegenwärtiges Bemühen hinaus verlangt. Sei der Klient in der Ausgestaltung seiner Phantasien enttäuscht worden, so würden aggressive und zerstörerische Kräfte

entstehen. Diese sind wohl ein Zeichen der Hilflosigkeit und des Nicht-Findens einer adäquaten Reaktionsweise des Klienten auf die subjektive Unzufriedenheit mit der Beziehung zu seinem Gesprächspartner. Aus vielen Berichten wird der lesende Therapeut angeregt zu glauben, seine Kraft des Verstehens, seine beweglichen und zutreffenden Phantasien hätten jene Unzufriedenheit aufheben können. Somit gerät der Therapeut unter einen erhöhten Leistungsdruck, positive Veränderungen herbeiführen zu müssen. Diese Situation wirkt in der Regel eher gegenteilig, nämlich belastend auf beide Interaktionspartner.

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, daß die sinnvolle, d.h. an der Realität orientierte Gestaltung der Beziehung nicht nur durch klare therapeutische Prinzipien optimaler Ausprägung, sondern als schwer begehbarer Mittelweg zwischen möglicherweise gegensätzlichen Prinzipien verstanden werden muß. Diese Punkte lassen sich durch entsprechende Gegensatzpaare darstellen:

### Abbildung 5: Gegensatzpaare der Therapeut - Klient Beziehung

(in Anlehnung an: Zimmer, 1983, S. 148 u. eigene Beobachtungen)

|                                                                  |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Fremdhilfe -----                                               | - Selbsthilfe                                                                                        |
| - Optimale Hilfe -----<br>(durch Therapeuten)                    | - minimale Hilfe<br>(zur Selbsthilfe)                                                                |
| - Sich auf den Kl. -----<br>einlassen                            | - Gegenerfahrungen<br>provozieren, Distanzierung                                                     |
| - Wärme, Freundlich- -----<br>keit, mitgehen                     | - Strenge, Beziehung ris-<br>kieren, fordern, führen                                                 |
| - Schonung, Angst- -----<br>abbau                                | - Konfrontation mit Angst<br>Belastung                                                               |
| - Sprache des Kl. -----<br>übernehmen                            | - Neue Sprache und Kon-<br>zepte einführen                                                           |
| - Therapie an Kl. -----<br>anpassen                              | - Kl. zur Therapie sozia-<br>lisieren                                                                |
| - Widerstand akzep- -----<br>tieren                              | - Durchhalten, Lösungen<br>erarbeiten, Wider-<br>standsanalyse                                       |
| - Leiden ernstnehmen -----                                       | - Bagatellisierung                                                                                   |
| - Verantwortung über -----<br>nehmen                             | - Verantwortung an den<br>Klienten übergeben                                                         |
| - persönlicher Kontakt -----                                     | - professioneller Kontakt                                                                            |
| - Therapie anpassen, um -----<br>Überforderung zu ver-<br>meiden | - sich von ersten Mißer-<br>folgen nicht aus der<br>Ruhe bringen lassen,<br>aktive Therapiestrategie |
| - dem Kl. die nötige Zeit -----<br>gewähren (subjektives<br>Maß) | - die Therapie nicht auf-<br>grund von Wünschen ver-<br>längern (neutrales Maß)                      |

Die Gegensatzpaare sind so zu verstehen, daß es jedesmal dann zu Problemen in der Therapeut - Klient Beziehung kommt, wenn beide Personen zur selben Zeit unterschiedliche Ziele anstreben; so z.B., wenn der Klient seine Sorgen nur offenbaren kann, falls der Therapeut seine Sprache übernimmt und eher gehemmt und belastet ist, sobald er mit einer für ihn neuen Sprache und neuen, wissenschaftlich begründbaren Konzepten konfrontiert wird. In der gleichen Weise trifft dieses Bedürfnisprinzip in der Entstehung von Beziehungskonflikten auch für die anderen genannten Gegen-

satzpaare zu. Es läßt sich nicht genau angeben, ob grundsätzlich die Variablen auf der linken bzw. rechten Seite in Abb. 5 die jeweils passenderen sind, da sich die Bedürfnisse der beteiligten Personen fortwährend verändern. Beispielsweise wissen wir aus Erfahrung im Umgang mit Klienten, daß viele von ihnen besonders in den ersten Therapiesitzungen um Fremdhilfe bitten, die anschließend zunehmend in Selbsthilfe übergehen kann. Insofern ist dieses Schema als Hilfe anzusehen, um zu erkennen, auf welchen Bedürfnisebenen überhaupt Konflikte auftreten können.

Diese Gegensatzpaare spiegeln auch deutlich wieder, daß sich jeder Therapeut in den beschriebenen Dimensionen für oder gegen das Verhalten in einer der beiden Richtungen entscheidet, wenn auch nicht immer bewußt. Zum einen gibt uns Abbildung 5 die Möglichkeit, uns dieser Faktoren bewußter zu werden und zum anderen, dadurch etwaige Differenzen diesbezüglich mit dem Klienten zu thematisieren. Eine Beziehung, gleich welche, lebt von Kompromissen; es wäre ideal anzunehmen, die persönlichen und beruflichen Interaktionspartner würden jederzeit harmonisch ineinandergreifen. Um sich selbst gegenüber "kongruent" und "echt" sein zu können, gilt es für Klient wie Therapeut, von ihrem eigenen Standpunkt aus nur soweit Risiken und Unsicherheiten einzugehen, wie sie es persönlich vertreten können. In seiner rein professionellen Rolle wäre es für uns Therapeuten vorteilhaft, eine erhöhte Flexibilität zu praktizieren. Diese Forderung begründet sich in der Notwendigkeit, das wieder abzubauen, was anfänglich aufgebaut wurde, nämlich Fremdhilfe, Wärme, Schonung etc. (vgl. Gegensatzpaare, Abb. 5). Nur so kann der Klient auf

Dauer selbständig seine Probleme lösen lernen.

Eine erwünschte Perspektive wäre es, davon auszugehen, daß "das Paar" Therapeut - Klient natürlicherweise immer die gleichen Ziele hat und daß gegensätzliche Prinzipien thematisiert und gegebenenfalls beiderseits akzeptiert werden müssen. Ergeben sich schwerwiegende Unterschiede in den benannten Prinzipien, ist auch im Interesse eigener seelischer Gesundheit die Beendigung der Therapie bzw. die Überweisung an einen Kollegen angezeigt.

Der interessierte Leser sei auf eine Auswahl aus der Fülle vorhandener Literatur zum Thema verwiesen: Yalom und Elkin (1975) "Chronik einer Therapie" (hier wird der Behandlungsverlauf sehr detailliert geschildert; ein Beispiel dafür, daß auch Einzelfallanalysen viele und wichtige Informationen enthalten können), Kreisler et al (1980) "In irrer Gesellschaft" (zählt eher zur populärwissenschaftlichen Literatur, in der praxisnaher Bezug genommen wird auf den Therapeuten- und Klientenalltag), Barnes (1973) "Meine Reise durch den Wahnsinn" (hier wird die genaue Beschreibung des Krankheitsverlaufs aus der Sicht der erkrankten Person durch literarisches Können ergänzt), Cardinal (1979) "Schattenmund" (ist eine auch für den psychologischen Laien verständliche, psychoanalytische Abhandlung), Moser (1976) "Gottessvergiftung" (der Autor beschreibt aus psychoanalytischer Sicht spezielle Aspekte, die das Thema dieser Arbeit berühren - Gott und Glaube als eine mögliche Ursache für psychische Schäden), Lindner (1982) "The fifty minute hour" (besonders wertvoll für Therapeuten und Klienten, da der typische Verlauf und das, was

eigentlich "wirklich" während des Therapieprozesses geschieht, praxisnah beschrieben wird; der Text eignet sich, um Vorurteile gegenüber Psychotherapie abzubauen bzw. sich eigene Urteile zu bilden).

#### 2.4.10. Eine neue Orientierung

Nicht nur das Wissen um die positive Gestaltung der Therapeut - Klient Beziehung ist ein notwendiger Schritt, um therapeutisch tätig zu sein, sondern ebenfalls die kritische Analyse eigenen Verhaltens und ihrer Motive. Die aufgelisteten Störquellen und Variablen sind als Potentiale zu betrachten, als Richtungshinweis und Orientierungshilfe. Da nicht in jedem Fall eine derartige Betrachtung des Themas von den Psychotherapeuten selbst vorgenommen wurde, sollen sie doch hiermit die Möglichkeit haben, aus den diversen, empirisch belegten oder auch theoretisch abgeleiteten Überlegungen eigenen Nutzen zu ziehen und diesen fallspezifisch in konkrete Verhaltensanweisungen umzusetzen. Der Sinn der Darstellungen soll nicht bloß eine weitere Theorienbildung über bislang nicht diskutierte Störgrößen sein, sondern vielmehr eine Bewußtmachung des heutzutage vorzufindenden Therapeuten- und Klientenalltags. Die sich aus den Mißständen ergebende Motivation zur positiven Veränderung sollte selbstverständlich sein und als dringend erforderlich aufgefaßt werden.

Um diesbezügliche Probleme überhaupt lösen zu können, muß das gegenwärtige Verhalten (impliziert Gedanken und Gefühle) verändert werden. Es ist dabei nur sekundär bedeutsam, ob ein ein-

zelner Veränderungsschritt bewußt oder unbewußt geschieht, wenn er überhaupt nur in die angestrebte Richtung führt. Um aber solche Veränderungen zu bewirken, muß der Therapeut davon ausgehen, daß Verhalten in seiner Gesamtheit nicht nur, aber auch von der aktuellen Beziehungsqualität zu ihm abhängt. Somit liegt in dieser Beziehung der Schlüssel zur Veränderung. Es versteht sich von selbst, daß die Therapie als ein Mittel, welches beeinflusst und lenkt (auch über den Zeitraum der Behandlung hinaus) nur mit großer Vorsicht und dem Bewußtsein hoher Verantwortung eingesetzt werden darf. Ein elementares Plädoyer für die Durchführung von Therapie ist und bleibt jedoch, daß es besser ist, Menschen zu beeinflussen und ihnen darüber im einzelnen Rechenschaft zu geben, als Menschen zu manipulieren, indem wir vorgeben, sie nicht zu beeinflussen.

## 2.5. Persönlichkeitsmerkmale von Therapeuten und Klienten

Gerade die Persönlichkeit des Therapeuten erscheint als eine letzte Bastion des Uniformitätsmythos, die bis heute bestenfalls in Form von mündlichen Zugeständnissen beseitigt wurde. Die Zurückhaltung vor öffentlicher Selbstenthüllung über Fragen therapeutischer Kompetenzen hinaus gibt hierfür die hauptsächliche Erklärung (Tress, 1983). So wird spekuliert, daß die Erfassung weitergehender Therapeutenvariablen als Geschlecht, Alter und angewandte Methode nur beschränkt zu erfüllen sei, da nur eine selektive Stichprobe aus der Gesamtpopulation professioneller Therapeuten in solche Untersuchungen einwilligen würde. Die wesentliche Klientenvariable, die ihn vom Therapeuten unter-



scheiden sollte, ist seine psychische Störung, die häufig mit vom Bevölkerungsdurchschnitt abweichenden Persönlichkeitsmerkmalen oder Fehlanpassungen verbunden ist. Meist werden diese Variablen im Verlauf der diagnostischen Phase, sowie im Verlauf der Behandlung erfaßt (im Gegensatz zur Nicht - Erfassung vergleichbarer Dimensionen der Therapeutenpersönlichkeit).

Aufgrund fehlender Informationen zum Thema bleiben viele Fragen unbeantwortet. So wäre es beispielsweise wichtig, Verlaufsparmeter zwischen den Sitzungen zu erheben. Etwaige Fragestellungen könnten lauten: Wie wirkt die Begegnung des Therapeuten mit seinen Klienten in ihm weiter? Welche persönlichen Schwierigkeiten des Therapeuten wirken sich in welcher Weise auf den Klienten aus? Hier eröffnet sich ein weites Untersuchungsfeld, das beschreibt, inwieweit sich der Therapeut von seinem Klienten anrühren läßt (es ist die körperliche und/oder psychische Distanz gemeint), sich durch diese Begegnung selbst in Frage stellen oder sogar Psychotherapien nur um der eigenen Person willen betreibt (Miller, 1979).

Die Bedeutung der KWTI wurde bereits in Kapitel 2.4. behandelt. Sie ist auch im Zusammenhang mit den Fragen zu Persönlichkeitsmerkmalen wichtig, denn die Realisierung therapeutisch förderlicher Eigenschaften - falls es diese gibt - kann nur dann wirksam sein, wenn dies vom Klienten auch so erlebt wird. Es dürfte einleuchten, daß auch ungelöste Lebensprobleme des Therapeuten ihn in seiner Arbeit behindern können, will er unvoreingenommen mit Klienten arbeiten, zumal seine Schwierigkeiten möglicher-

weise auf einer ähnlichen Ebene angesiedelt sind.

Zur näheren Ausführung möchte ich an dieser Stelle Schmidtbauer (1979, S. 102) zitieren: "Da es unwahrscheinlich wäre, anzunehmen, Mitglieder der helfenden Berufe seien ohne psychische Belastungen, wird von allen bekannten Gruppen gefordert, daß Selbsterfahrung, Lehrtherapie oder Selbstmodifikationsprogramme ein Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein sollten. In der Tat spricht einiges dafür, daß die Intention des Helfens selbst eine unglückliche Problemlösestrategie der Helfer sein kann".

Hier werden uns bereits wertvolle Hinweise zur Bewältigung eigener seelischer Belastungen gegeben, die der Therapeut nicht ohne weiteres adäquat verarbeiten kann. Um eine gute Coping-Strategie zu erwerben, bedarf es einer hohen persönlichen Qualifikation, die nicht allein mit dem Studium der Medizin oder Psychologie erreichbar ist. Aus mehreren Gründen ist daher eine berufsbegleitende Bildung und Beobachtung der eigenen persönlichen Anteile in Therapiesituationen für den professionellen Helfer unumgänglich. Diese Erkenntnis an sich ist zwar schon so alt wie die Anfänge der Psychoanalyse, ich aktualisiere dieses Thema nur deshalb, weil selbst die heutige therapeutische Praxis diesbezüglich noch Defizite aufweist. Auf konkrete Fragen zur Aus- und Fortbildung für Therapeuten werde ich in Kap. 4.4. näher eingehen.

Hier ist festzuhalten, daß, obgleich wir die Effektivität der Therapie nicht ausschließlich mit Charakteristika der Persönlichkeit des Therapeuten in Verbindung bringen dürfen, sich doch zeigt, daß seine eigenen emotionalen Probleme die Therapie behindern können. Empirisch gewonnene Daten zur Persönlichkeitsbeurteilung entstammen u.a. Frank (1985), der Zimmer (1983) in

seiner Meinung unterstützt, die Berufswahl des Therapeuten sei eine Art, seine persönlichen emotionalen Probleme zu lösen. Zum Beispiel habe sich bei vielen Fachtherapeuten erwiesen, daß ihre Herkunft sie zum Erleben eines besonderen Isolierungsgefühls und zur Ausbildung eines verschärften Bewußtseins innerer Vorgänge führe. In ihren eigenen Familien- und Sozialbeziehungen fehle es oft an der Vertraulichkeit, die sie in der psychotherapeutischen Beziehung fänden. "Die psychischen Bereicherungen aus der Vertraulichkeit geschehen im Sprechzimmer und nicht zuhause" (Frank, 1985, S. 258).

Eine methodische Beschränkung ergibt sich aus der Tatsache, daß die Beurteilungen persönlicher Eigenschaften der Therapeuten im Wesentlichen auf dreierlei Arten erfolgen: die Befähigung wird erstens nach dem Urteil seiner Kollegen oder Vorgesetzten bestimmt, zweitens nach den Meinungen seiner Patienten und drittens nach dem tatsächlichen Erfolg (Frank, 1985). Zusätzlich machen einige Therapeuten von der Möglichkeit Gebrauch, sich mittels Supervisions- und Fortbildungsseminaren zu beurteilen.

Wie dem Leser aufgefallen sein wird, sollen Therapeuten- und Klientenpersönlichkeiten nicht getrennt voneinander diskutiert werden, da sie ein Bestandteil der Interaktion und somit in Wechselwirkung befindliche d.h. abhängige Variablen sind. Hinsichtlich der persönlichen Eigenschaften der Klienten ist zu erwarten, daß Merkmale, die mit Empfänglichkeit für persönlichen Einfluß einerseits und mit Anpassungsfähigkeit andererseits zusammenhängen, zugleich auch die Fähigkeit beeinflussen, in positiver Weise auf

Psychotherapie anzusprechen.

Klienten, die sich in aktuell belastenden Situationen in Behandlung begeben, haben oft noch zwei weitere Eigenschaften: sie sind leicht beeinflussbar und emotional dazu bereit. Daß diese Klienten mit anderen Menschen stark beschäftigt sind, besagt schon die Tatsache, daß die meisten ihrer Belastungen im zivilen Leben mit Störungen der zwischenpersönlichen Beziehungen zusammenhängen.

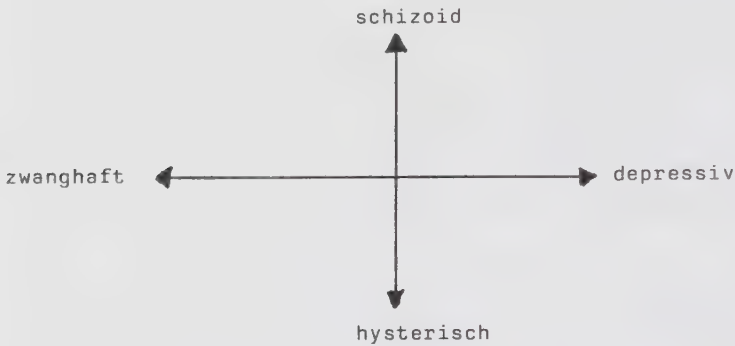
Zum Schluß möchte ich nochmals verstärkt auf diejenigen Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten eingehen, welche die interaktionelle Ebene belasten. Schmidtbauer (1979) hebt den speziellen Aspekt der Aggression und Wut in Helfer-Interaktionen hervor. Dieser ist durch die sogenannte "Ja - aber - Situation" charakterisiert, welche er generell für das schwierigste und wesentlichste Problem in den helfenden Berufen hält. Sie hat zwei Seiten, das "Ja" und das "Aber", den Helfer und Klienten, den wünschenden und den wütenden Aspekt. Die Wut des Ja - aber - Spiels äußert sich nicht direkt, sondern indirekt, aus der Position des scheinbar Hilflosen heraus und in dem Ärger, den er bei anderen auslöst. Er gewinnt dadurch insgeheim Macht, daß er seine eigene Situation viel besser kennt als die Helfer. Wer die Ja - aber - Haltung in Selbsterfahrungsgruppen kennt, findet sehr häufig, daß die Teilnehmer dazu neigen, anderen gute Ratschläge und beschwichtigende Deutungen zu geben. Sie lenken damit die Aufmerksamkeit weg von ihrem eigenen Erleben auf andere Menschen. In diesem Fall wird nicht der Helfer gesucht, sondern das Kind, dem geholfen wird. Der Therapeut kann als Mensch und als pro-

fessioneller Helfer ebenso wie der Klient einerseits das Opfer starker Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Sehnsucht nach passivem Befriedigt- und Versorgtwerden sein, von heftiger Wut andererseits. Beide Gefühle kann er aber in der therapeutischen Situation nur in sehr ungenügenden Maße äußern. Er spricht dann von sich oft distanziert, entfremdet, wie von einem Menschen, mit dem er kaum etwas zu tun hat (Schmidtbauer, 1979). Wir können uns nun leichter vorstellen, daß der Beruf eines Helfers dazu vorbestimmt ist, denjenigen mit den schwerwiegenden Problemen seines Klienten zu belasten, ohne daß er viele Anteile seiner eigenen Betroffenheit ihm gegenüber ausdrücken darf. Gerade darum muß sich ein Therapeut im eigenen Interesse um Möglichkeiten bemühen, die aufgestaute, unbearbeiteten Gefühle zu bewältigen, da sie innerhalb der therapeutischen Situation weitgehend beiseite gelassen wurden.

Das Modell einer bereits neurotisch belasteten Therapeutenpersönlichkeit stellt der Psychoanalytiker Riemann (1974) vor:

# Abb. 6: Neurotische Therapeutenpersönlichkeit

(in Anlehnung an: Riemann, F. (1974))



Die Abbildung beschränkt sich auf die Ausprägungen charakteristischer Gegenübertragungsreaktionen in der psychoanalytischen Behandlung, der Generalisierungsgrad auf andere Theorien ist daher gering einzuschätzen. Die Darstellung erklärt sich, aufgegliedert in die vier Dimensionen wie folgt:

## 1) THERAPEUT MIT HYSTERISCHEN STRUKTURANTEILEN

Es handelt sich meist um eine lebendige, spontane und kontaktfreudige Persönlichkeit. Er ist aktiver als andere Therapeuten und aktiviert dadurch die Übertragungsabläufe. Gleichzeitig reagiert er empfindlich auf Kritik oder aggressive Übertragungsgefühle. Hysterische Klienten reagieren darauf mit positiver Übertragung, zwanghafte Klienten fühlen sich eher durch die Persönlichkeit des aktiven Therapeuten überrollt, empfinden direkte Fragen als peinlich und aufdringlich. Depressive Klienten hin-

gegen genießen die emotionale Zuwendung und neigen daher dazu, den Analytiker zu überschätzen. Bei schizoiden Patienten kann Mißtrauen hervorgerufen werden, da der Therapeut nicht als sachlich genug empfunden wird.

## 2) THERAPEUT MIT ZWANGHAFTEN STRUKTURANTEILEN

Dieser Typus ist gekennzeichnet durch ein starkes Sicherheitsbedürfnis. Darum neigt er dazu, Methoden, Regeln und dogmatische Prinzipien zu vertreten, um sich abzusichern. Zu Schwierigkeiten kann es mit hysterischen Patienten kommen, da deren Spontaneität nicht in ein zwanghaftes Ordnungssystem hineinpaßt.

## 3) THERAPEUT MIT DEPRESSIVEN STRUKTURANTEILEN

Analytiker mit depressiven Zügen zeigen Hilfsbereitschaft, Geduld und Einfühlung. Krisen und Rückfälle in der Therapie werden als eigenes Versagen gewertet und mit Schuldgefühlen beantwortet. Eine depressiv - resignierte Einstellung zur psychoanalytischen Methode kann grundsätzliche Probleme schaffen.

## 4) THERAPEUT MIT SCHIZOIDEN STRUKTURANTEILEN

Diese Analytiker sind distanziert. Sie besitzen eine große Beobachtungsgabe, die Analyse verläuft aber meist auf einem intellektuell - abstrakten Niveau. Der Patient fühlt sich u.U. als wissenschaftliches Objekt. Hysterische Patienten fühlen sich durchschaut, spüren aber die emotionale Unsicherheit des Thera-

peuten. Depressive Patienten werden enttäuscht durch die mangelnde Zuwendung und fühlen sich aufgrund des dominierenden wissenschaftlichen Interesses überfordert. Schizoide Patienten fühlen sich meist nicht geborgen und reagieren darauf mit Kritik und Aggression.

Die klinischen Beobachtungen Riemanns (1974) belegen, daß auch gut analysierte Psychotherapeuten - die Eigenanalyse ist fester Bestandteil ihrer Ausbildung - Eigentümlichkeiten in ihrer Persönlichkeitsstruktur aufweisen, die das Interaktionsgeschehen entscheidend negativ beeinflussen können. Sie steuern Übertragungsreaktionen, Deutungen, sowie Patientenselektion. In der Praxis sind in der Regel Mischtypen der in Extremen dargestellten Therapeutentypologien vorzufinden. Die Bezeichnungen "schizoid", "zwanghaft", "hysterisch" und "depressiv" entsprechen nicht im engeren Sinn den gleichnamigen pathologischen Bezeichnungen heutiger psychiatrischer Diagnosen (DSM III, ICD - 9). Sie sollen hier lediglich die Tendenz einer Eigenschaftsausprägung ausdrücken. Die praktisch - therapeutischen Konsequenzen bestehen für uns darin, sich als Betroffener der eigenen Persönlichkeitsgestalt auch im analytischen Sinn bewußt zu werden. Konkrete Möglichkeiten dazu werden zum Thema Aus- und Fortbildung (Kap. 4) aufgezeigt werden. Es gilt, die besonderen spezifischen Gefahren für die Therapie und für bestimmte Klienten richtig einzuschätzen, um die eigene, gesunde Therapeutenpersönlichkeit in der Behandlung einzusetzen.

Zusammenfassend kann man erkennen, daß es verschiedene Methoden



zur Erfassung von Therapeuten- und Klientenpersönlichkeitsmerkmalen gibt und die Beurteilung der Eigenschaften auf den Hintergründen der jeweiligen theoretischen Ausrichtung getroffen werden, wie z.B. Riemanns analytisches Modell (1974) zeigen soll. Eine Möglichkeit der Verlaufsdiagnostik außerhalb therapeutischer Sitzungen besteht darin, daß auch Therapeuten ihr Selbsterleben während dieser ganzen Zeitspanne und dessen Veränderungen in freier Form aufschreiben. Tagebuchprotokolle wären dann inhaltsanalytisch zu bearbeiten. Diejenigen Interventionen, die man als indiziert für den Klienten hält, können ebenso nützlich für den Therapeuten sein. Denkbar wären auch Soziogramme unter der Patientenschaft und dem Pflegepersonal in stationären Behandlungen. Betrachtet man die Psychotherapie als System, scheint ihr Erfolg nicht mehr nur von jenen Aspekten der Interaktion abzuhängen, die den Eifer des Therapeuten und das Vertrauen des Klienten beeinflussen, sondern auch von einer Konvergenz zwischen den Werthaltungen und Persönlichkeitsmerkmalen beider Beteiligten, die in interaktionelle Beziehungsqualität münden.

Konkrete diagnostisch - therapeutische Hilfen zur Selbsteinschätzung von Therapeuten- und Klientenmerkmalen und deren Auswirkungen auf den Behandlungserfolg sind bei Plessen (1982) oder Wogan/Norcross (1985) zu finden. Es stehen diesbezüglich mehrere Fragebögen zur Verfügung, so z.B. die Skalen zur "Exploration unangebrachten Helfens" (Hambrecht, 1983).

## 2.6. Therapieverlaufsstudien

Anfangs soll eine begriffliche Klärung von "Psychotherapie" erfolgen:

Strotzka (1978) definierte Psychotherapie als bewußten und geplanten interaktionellen Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

Obige Definition enthält all diejenigen Variablen, die wir als potentielle Störgrößen annehmen können, so z.B. die interaktionelle Ebene, den Prozeß der Beeinflussung durch den Therapeuten und die Anwendung bestimmter Techniken. Nun bleibt zu klären, was unter dem "Verlauf einer Psychotherapie" verstanden werden kann. Keinesfalls dürfte man hier auf eine vorgefertigte Antwort hoffen. Nicht nur zwischen den therapeutischen Schulen, sogar innerhalb der Arbeitsrichtungen gehen die Auffassungen über den möglichen Inhalt des Verlaufsbegriffes auseinander (Beckmann, 1978).

Historisch gesehen, läßt sich wohl begründet sagen, daß bis 1920 von Psychotherapieforschung im wissenschaftlichen Sinn nicht gesprochen werden kann. Es existierten nur mehr oder weniger ausführliche Fallstudien psychodynamischer oder verstehenspsychologischer Art, die damals als historisch - genetische Pathographien und Behandlungsberichte eingeordnet wurden (Möller, 1978).

Die kritische Bewertung von Behandlungserfahrungen blieb zweitrangig, da man sich auf die Autorität der Lehrmeister berufen konnte. Verschiedene Schulrichtungen pflegten keinen gegenseitigen Austausch, sondern verfolgten einander mit vernichtender Kritik. Damals überwog der introspektiv - kasuistische Forschungsansatz. Häufig begnügte man sich mit prozentualen Schätzungen des Erfolges durch Therapeuten oder Klienten. Jene subjektiven Globaleinschätzungen unterlagen hohen Fehlerquellen, wie z.B. mangelnder Operationalisierung der zu messenden Parameter und zu geringer Objektivität. Wo es der institutionelle Rahmen anbot, wie z.B. am Berliner Psychoanalytischen Institut, bestimmte man (Fenichel, 1945) großangelegte Erfolgszahlen, die ebenfalls auf globalen Beurteilungen beruhten und theorieimmanent getroffen wurden.

Besonders Knight (1941), sowie Glover (1952) formulierten erste Kritik an dieser Vorgehensweise und bemühten sich um eine differenziertere, nach unterschiedlichen Kategorien aufgeschlüsselte Bewertung des Erfolges. Anfang der fünfziger Jahre (Miller, 1951) begann die intensive Reflektion methodologischer Probleme, möglicher Meßtechniken und Forschungsdesigns. Man führte die Arbeit mit Fremd- und Eigenkontrollgruppe ein. Diese Orientierung am Erfolg (Outcome - Forschung) rückte die Fragwürdigkeit jener globalen Erfolgsmessung zunehmend ins Bewußtsein. Es folgte die Untersuchung der fortlaufenden Interaktion zwischen Klient und Therapeut.

Heutzutage untersuchen verhaltenstherapeutisch ausgerichtete

Forscher gezielt die klinische Wirksamkeit bestimmter Interventionsmethoden auf den Behandlungsverlauf, entsprechend ihrer pragmatischen Orientierung. Dagegen treten erfolgsorientierte Gruppenuntersuchungen in den Hintergrund. Für Tress (1983) ist eine einheitliche, übergreifende Theorie um so wünschenswerter als kräfteverschleißende, unproduktive Auseinandersetzungen und unökonomische Einzelgänge. Ich selbst begrüße diese Forderung, stehe ihrer Erfüllung in der Praxis jedoch skeptisch gegenüber, da bislang die meisten Bemühungen übergreifender Konzeptbildungen, d.h. der tatsächlich erfolgten Integration diverser Therapieformen innerhalb einer Behandlung entweder als nicht erwünscht angesehen oder aufgrund der Inflexibilität therapeutischer Vorgehensweisen nur wenig durchführbar wurden. Ein Fortschritt ist jedoch darin zu sehen, daß allmählich der Gedanke an Zuspruch gewinnt, daß die entscheidenden Impulse für eine geschlossene Theorie in der klinischen Psychologie aus der systematischen Beobachtung tatsächlicher Therapieverläufe erwachsen können, indem wir verstärkt betrachten, was in therapeutischen Prozessen unabhängig von der praktizierten Schulrichtung, eigentlich geschieht (Bommert, 1978). Das muß mit operationalisierten Parametern erfolgen, die inner- und außerhalb psychotherapeutisch intendierter Begegnungen an professionellen Therapeuten und ihren Klienten zu erheben sind. In Zusammenhang mit den gesamten vorangestellten Inhalten könnte unsere Fragestellung dann lauten: Durch welche unmittelbare Beeinflussung des Klienten bewirkt welche Art der Behandlung bei welcher Therapeutenpersönlichkeit, welche Charakteristika ihrer Klienten? Diese umfangreiche Frage ist sicher nur im

Laufe vieler, aufeinander abgestimmter Untersuchungen approximativ erfüllbar. Die differenzielle Effektivität der Techniken wäre zusammen mit anderen Wirkfaktoren zu erheben, denn sie ist bis heute noch keineswegs erwiesen (Bergin, 1975). Die benannten Einschränkungen auf dem Forschungsgebiet sehe ich als Anreiz zu deren Exploration.

Nach dem historischen Exkurs nun zurück zu der Frage: Auf welche Weise erhalten wir am besten Aufschluß über negative und positive Therapieeffekte im Verlauf der Behandlung? Dazu möchte ich eine der im vorigen Kapitel erhobenen Fragen wieder aufgreifen. Wir würden zu wichtigen Aufschlüssen über die Entstehung von Störungen innerhalb der Psychotherapie kommen können, falls wir eine Verlaufsdiagnostik während der Sitzungen und in den Zwischenzeiten sowohl im Hinblick auf das Selbsterleben des Therapeuten und besonders des Klienten anstellen würden. Die inhaltliche Verbindung zum Thema "Möglichkeiten der Symptomverschlechterung während und nach der Therapiephase" liegt auf der Hand, da besonders das subjektive Selbsterleben beider Personen die Zufriedenheit und den Behandlungserfolg mitsteuert.

Von den meisten Autoren werden hauptsächlich die vielfältigen Schwierigkeiten angesprochen, welche es derzeit verhindern, einem wissenschaftstheoretischen Anspruch hinreichend zu genügen. Ein Beispiel hierfür gibt Mahoney (1980, S. 294): "A major difficulty in investigating the effect of therapist expectations on therapeutic change has been the failure to carry out sufficiently specific analyses. Expectations do not operate independently but interact with other factors such as the type of treatment method, therapist behavior, client characteristics, and the particular outcome measure employed. In many behavioral studies, client's expectations have been uncritically lumped together with many other nonspecific influences as part of the background against which conditioning techniques were implemented".

Ich versuchte bereits in den vorangestellten Abschnitten, die benannten interagierenden Faktoren zu berücksichtigen. Die Essenz des obigen Zitates ist, bei künftigen Analysen sowohl die Komplexität als auch die Spezifität entsprechend in den Untersuchungsplan zu integrieren. Darüber hinaus regt Mahoney (1980) die Analyse des Therapeutenstils und des persönlichen Hintergrundes an. Er verspricht sich davon eine Steigerung der Effektivität. In den bisherigen Forschungskonzepten werden spezifisch wirksame Faktoren angenommen, die jedoch, unter anderem laut dieser Untersuchung, erstens nicht spezifisch sind und zweitens sich mit anderen Faktoren überschneiden; besonders die Verhaltenstherapie tut sich diesbezüglich schwer, da sie eher geneigt ist, ein mechanistisches Vorgehen - sowohl in Therapien als auch in der Forschung - zu vertreten. Dies ist ansatzweise in traditionell verbalen Therapieformen anders, in denen die Therapeut - Klient Beziehung zentrierter verstanden wird. Weitere Probleme sind auf der Forschungsseite zu suchen. Eine zwischen den Therapieschulen vergleichende Verlaufsforschung würde beispielsweise die Absurdität beinhalten, den Verlauf einer vieljährigen Psychoanalyse mit dem Verlauf eines verhaltenstherapeutisch strukturierten sozialen Kompetenztrainings zu messen. Die Zielsetzungen sind allzu unterschiedlich. Die wenigen Andeutungen zur Widersprüchlichkeit und Komplexität des Themas deuten die Unmöglichkeit an, in diesem Rahmen zu erörtern, was sich im Einzelnen hinter der Rede vom Verlauf einer Psychotherapie verbirgt.

Eine Art der Fehleinschätzung zum Verlauf von Psychotherapien besteht in der Praxis häufig darin, daß Psychoanalytiker, Ver-

haltenstherapeuten oder Kommunikationstherapeuten sehr genau zu wissen glauben, was der jeweils anders orientierte Fachkollege "tatsächlich" tut. Mag dies auch in Einzelfällen zu einer akzeptablen Interpretation führen, der von fremder Warte so charakterisierte Psychotherapeut wird sich mit Recht dagegen verwahren, daß die ihm ganz wesentlichen eigenen Konzepte in der fremden Begrifflichkeit untergehen. Vorurteile entstehen und führen zu groben Fehlwahrnehmungen therapeutischer Wirkungsweisen. Wollen wir überhaupt Verlaufsstudien angesichts unterschiedlicher Therapiemethoden durchführen, ist zu bedenken, daß die Verlaufsforschung Zeiträume von Wochen oder Monaten voraussetzt, innerhalb derer sich Patient und Therapeut in regelmäßigen Abständen begegnen. Ein weiteres Erfordernis, welches ein therapeutisches Verfahren zu erfüllen hat, um Gegenstand einer empirisch - vergleichenden Verlaufsuntersuchung werden zu können, muß die weitgehende Konkretisierung therapeutischen Verhaltens sein. Diese Voraussetzung ist dort eher erfüllbar, wo Therapeuten eine etwaige schulengebundene, standardisierte Unterweisung durchlaufen haben, d.h. innerhalb der therapeutischen Situation ein professionelles, von der gängigen Schulmeinung akzeptiertes Verhaltensmuster entfalten und nicht ausschließlich auf intuitives Vorgehen angewiesen sind (Tress, 1983). Diese Ansicht ist in Verbindung mit Jaeggis (1983) Äußerungen zu den Vor- und Nachteilen der Spezialisierung eines Therapeuten zu sehen (Kap. 2.4.8.). Ein zu hoher Grad an schulengebundenem Vorgehen ist eher von Nachteil (Gefahr der negativen Wirkung von Inflexibilität), hingegen erlauben gleichzeitig mehrfache Spezialisierungen auf verschiedenen Ge-



bieten eine breitere Basis zu helfenden Interventionen. In stationären Behandlungen ergibt sich eine spezielle praktische Schwierigkeit aus dem Umstand, daß sich der stationäre Patient zusammen mit den Mitpatienten und dem Stationsteam in einer Gruppensituation befindet. Die unwillkürlich ablaufenden Gruppenprozesse verhindern eine isolierte Betrachtung der ausschließlich individuellen Verlaufsmessung des Patientenbefindens. Tatsächliche Verlaufseffekte im Einzelfall wären dann gegebenenfalls mittels des Vergleichs durch eine Kontrollgruppe einzuschätzen.

Das Resümee: es sind keine allgemein gültigen Handlungsanweisungen für den praktisch tätigen Kliniker zur Verlaufsmessung eigener Therapien möglich, die einer Symptomverschlechterung sicher vorbeugen könnten. Anregungen zur besseren Verlaufsmessung konnten gegeben werden, dabei ist auf genannte Einzelaspekte zu achten. Die Gründe hierfür liegen zum Teil in der noch mangelnden Erforschung der Therapieverlaufsprozesse und der tatsächlich hohen Komplexität der zu bewertenden Situation und eines entsprechenden Settings.

So ist anzunehmen, daß vermutlich jedes Therapieverfahren seine eigene spezifische Wirkweise und seine eigene Zielstruktur hat, die nicht mit anderen Übereinstimmen muß. Die gesamten wirksamen Faktoren, wie in den Kapiteln 2.1. - 2.6. aufgeführt, beeinflussen den Therapieerfolg. Unter einer solchen Perspektive löst sich der fragwürdige, historisch hergeleitete Gegensatz von Prozeß- und Erfolgsforschung gänzlich auf, insofern der Verlaufsbe- griff sowohl die Parameter der unmittelbaren Einwirkungen auf den



Klienten in der therapeutischen Situation, als auch die Verläufe der (wie auch immer definierten) Veränderungs- und damit Erfolgsmaße außerhalb des therapeutischen Settings bis weit in die Katamnese hinein umfassen kann (vgl. Kap. 2.7.).

Natürlich bestehen Auffassungen anderer Autoren, die sehr wohl eine Differenzierung von Erfolgs- und Verlaufsforschung vornehmen: "Traditionellerweise beschäftigt sich die Erfolgsforschung mit der Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen, die der Patient außerhalb der Therapie als Folge eines therapeutischen Unternehmens zeigt, während Verlaufsforschung sich mit den Charakteristika der Patient - Therapeut - Interaktion auseinandersetzt" (Strotzka, 1978, S. 38).

Eine generelle Kritik erhebe ich gegen eine Zwei - Punkte - Messung des Vorher und Nachher in vielen Untersuchungen. Hier sind keinerlei Aussagen über den Verlauf der Veränderung während der Therapie möglich, vielmehr noch hemmt diese Meßmethode das Weiterdenken über die speziellen Mittel, durch welche die Veränderungen bewirkt werden. In den Verlaufsstudien hingegen findet das Verhalten, das der Klient in der therapeutischen Beziehung zeigt, keinen hinreichenden Bezug zu Kriterien eines therapeutischen Erfolges. Angesichts der Gegenüberstellung der differentiellen und der eher ganzheitlichen Sicht zur Verlaufs- und Erfolgsmessung wird die uneinheitliche praktische Handhabung mit den Begriffen deutlich.

Eine weitere Frage ist: Welche Formen der Beobachtungs- und Beschreibungsdaten sind in der Psychotherapieforschung gebräuchlich und, gegebenenfalls, welche Mängel haben sie? Zweifelsfrei sind das Sprechverhalten und die verbalen Äußerungen schon immer die wichtigsten Datenmaterialien sowohl für die klinische,

als auch für die quantitative Forschung gewesen. Welche Möglichkeiten gibt es überhaupt, um Therapieerfolge analytisch und methodisch korrekt zu erfassen? Strotzka (1978) nennt grundsätzlich zwei Arten, von denen eine in dieser Arbeit angewendet wird.

#### a) KLASSISCHES MODELL

Hier wird nach "manifesten" Merkmalen des Textes oder des Sprechverhaltens kategorisiert und gezählt. Die Beschreibungseinheiten können dabei z.B. Wörter sein, die nach ihrem lexikalischen Gehalt, nach affektiven und evaluativen Kategorien oder nach ihrer Zahl pro Zeiteinheit eingeordnet werden. Diese Methode hat den Vorteil, daß sie objektiv und reliabel ist und das für die Zuordnung keine Fachkenntnis der Beurteiler erforderlich ist. In den in dieser Arbeit angegebenen Untersuchungen wird uns diese Art der Datenerhebung jedoch weniger begegnen als die pragmatische, weil sie in diesem Fall keine psychologischen Hintergrundinformationen bereitstellt.

#### b) PRAGMATISCHES MODELL

Hier werden pragmatische Aspekte der Kommunikation erfaßt, indem an das Rohmaterial mit psychologisch relevanten Konstrukten herangegangen und der instrumentelle (zweckorientierte oder bedeutungsgemäße) Gehalt der Äußerungen eingeschätzt wird.

Die Methode bedarf gut konstruierter Rating-Skalen, geschulter

Beobachter und birgt die Gefahr von Beurteilungsfehlern. Außerdem sind die impliziten Vorannahmen der Beurteiler über den inneren Zustand des Sprechers, den sie zur Grundlage ihrer Einschätzungen machen, kaum überprüfbar. Als Ausgleich für ihre logische Schwäche lassen sich jedoch mit ihrer Anwendung besser interpretierbare Ergebnisse erwarten. Für unsere Zwecke ist dieses Modell geeignet, da es sich um die Erfassung komplexer Konstrukte handelt, eine bloße Auszählung bestimmter Wörter und deren Kategorisierung wäre zu einfach. Das Risiko, welches wir hier eingehen ist, daß die Wahrscheinlichkeit von Meßfehlern erheblich durch die subjektiven Einschätzungen steigen kann. Andererseits ist den professionellen Experimentalpsychologen, deren Untersuchungen zur Beantwortung der Ausgangsfragestellung herangezogen werden, zuzutragen, daß ihre Untersuchungsmethoden wissenschaftlich begründet sind. Eine weitere Absicherung wird dadurch geschaffen, daß ich die jeweiligen Befunde auf ihre spezielle Nützlichkeit im Hinblick auf die eigene Fragestellung beurteile.

Das Problem der Einschätzung des Therapieerfolges beginnt eigentlich schon einen Schritt vor der Messung, nämlich mit der Definition dessen, was man als Erfolg bezeichnen will. Es gibt zwar Globaleinschätzungen, die von Klienten oder Therapeuten abgegeben werden. Sie sind jedoch unsystematisch, willkürlich und inhaltlich wenig aussagend. Typisch für die Rolle des Fachmannes ist seine eigene Attributionsrichtung des Therapieerfolges/-mißerfolges: es stellte sich bei Kaecheles (1984) umfangreicher Untersuchung heraus, daß die lange Zeit aufrechterhaltene Meinung ist, den therapeutischen Mißerfolg der Pathologie des Kli-

enten zuzuschreiben. In den meisten Fällen entspricht dies auch den Gegebenheiten. Eine generell derart kurze Thematisierung und das als unzureichend zu befindende Maß an Aufmerksamkeit, das den Anteilen des Therapeuten am Mißerfolg gewidmet wird, ist jedoch zu kritisieren. Wir müssen zunächst nach Indikatoren suchen, die ein geeignetes Maß für den Erfolg und den Verlauf der Behandlung bilden. Eine Möglichkeit bietet die Auswertung von Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebögen.

Arizmendi et al (1985) indizieren mit ihren Resultaten, daß ein komplexes Muster von Ähnlichkeiten und Differenzen in spezifischen Werten (Fragebogendimensionen) die Therapeutenhandlungen verbessern, Klientenratings deuten eher ein positives Erleben im Sinne eines Therapieerfolges an, wenn sie gemeinsam mit ihren Therapeuten philosophische und humanistische Ideologien teilen. Erinnern wir uns an die Grundzüge der Rational - Emotiven - Therapie (Ellis, 1979), wird noch einmal die Gefahr der Klienten-Überredung zu einer ihm zunächst fremden Weltanschauung deutlich. Dies ist kein Plädoyer gegen diese Therapieform an sich, hingegen wäre eine Therapeutenrolle erfolgreicher, in der weniger doziert, als vielmehr die irrationale Weltanschauung des Behandelten durch einfühlsames Verhalten korrigiert würde. Dies ist im Sinne einer approximativen Annäherung in den negativen Bewertungen von Umweltereignissen auf der Basis einer intakten Therapeut - Klient Beziehung anzustreben. Der Therapieerfolg hängt also in entscheidendem Maße von positiven bzw. negativen Identifikationsprozessen des Klienten mit jeder Ebene des gesamten Behandlungskontextes ab. Diese Prozesse bewußt zu steuern,

ist dem Psychotherapeuten in weitaus größerem Maße möglich, als dem belasteten und subjektiv erfolglosen Klienten. Die Verantwortung für den Erfolg lastet daher eher auf ihm. Obig genannte Ergebnisse (Arizmendi et al, 1985) bestätigen diese Argumentation weitgehend.

Bei Fehlenberg (1982) erwiesen sich folgende Indikatoren zur Beurteilung des Erfolges in verhaltenstherapeutischen Dialogen als reliabel: selbst-, vs. partnerzentrierter Bezug, unmittelbarer vs. verzögerter Bezug, propositionaler vs. metakommunikativer Bezug, das Ausmaß des inhaltlichen Bezugs sowie die Obligationsverletzung. Diese Variablen stehen alle in engem Zusammenhang mit den Kommunikationsvariablen (Therapeut - Klient Dyade) und dem Therapieerfolg. Die Indikatoren messen also die Richtung des Erfolges zwar genau, damit ist aber nichts darüber gesagt, zu welchem Zeitpunkt welches Verhalten in welcher Art der therapeutischen Beziehung das erfolgreichste ist. Da die günstigsten Verhaltensweisen in den besagten Dimensionen von Situation zu Situation variieren, kann keine generelle Handlungsanweisung erfolgen. O.g. Dimensionen sind also zur Reflektion und Verbesserung eigenen therapeutischen Handelns wenig brauchbar.

Eines derjenigen Beispiele aus der Erfolgs- und Effektforschung, in dem die Untersucher nahezu keine Aussagen machen konnten ist das von Heekerens (1985) genannte. Er unternahm Forschungen auf dem speziellen Gebiet der klientenzentrierten Familientherapie und stellte fest, daß noch keine Aussagen zur Effektivität (Erfolge) gemacht werden können. Es ist denkbar, daß die Erfolgsmessung derart unterschiedliche Anforderungen an den Untersucher stellt, so daß in dem einen Fall Aussagen möglich sind und in einem anderen die zu berücksichtigenden, erfolgindizierenden Faktoren (z.B. Familientherapie als zu komplexes Analysesystem) nur unzureichend bestimmbar sind. In jedem Fall aber sind die Ergebnisse unbefriedigend, haben wir den Anspruch hoher Aussagekraft und Verallgemeinerungsgrades. Trotz dieser Tendenz herrscht

noch ein ausgesprochener Mangel an Forschungsarbeiten (Weeks, 1985). Die klarste Ursache dürfte in der noch geringen Anzahl von Therapeuten mit dementsprechender Ausbildung liegen. Zudem stehen verschiedene therapeutische Ansätze noch in ihrer Entwicklung und die meisten Therapeuten arbeiten außerhalb der Universitäten, von denen die empirischen Arbeiten sonst durchgeführt werden. Alle aufgezählten Ursachen befinden sich jedoch im Wandel. Der wichtigste Grund dafür ist, daß sich die Forscher selbst für die Erklärung der theoretischen Prinzipien und Methoden z.B. der klientenzentrierten Familientherapie interessieren.

Nach diesem kurzen Exkurs soll die Aufmerksamkeit des Lesers wieder auf die Frage nach den Indikatoren für einen therapeutischen Erfolg gerichtet werden. Speziell wird die Frage an dieser Stelle auf die paradoxe Therapieform angewendet. Es ist überaus wichtig, Kriterien zur Auswertung des Therapieverlaufs und -erfolgs zu finden. Nach der Erprobung in eigenen Supervisionsteams - auf die praktische Nützlichkeit der Therapie hin - halte ich die folgenden Fragen für hilfreich, um Therapieerfolge zu überprüfen.

- a) Sind die im einzelnen gemeinsam festgelegten Behandlungsziele erreicht worden?
- b) Wie ist das Zustandsbild der Hauptsymptome zu beurteilen?
- c) Hat der Klient seit Beendigung der Behandlung irgendwo anders um therapeutische Hilfe ersucht?
- d) Hat sich eine Besserung in anderen Bereichen, die in der The-

rapie nicht speziell behandelt wurden, eingestellt?

e) Sind irgendwelche neuen Probleme aufgetreten (Symptomverschiebungen und -verschlechterungen)?

Auf der Grundlage dieser Fragen ist in der Regel eine Auswertung möglich. Exakt numerische Angaben zu Erfolgs- bzw. Mißerfolgsquoten sollen absichtlich entfallen, da bei der Literaturdurchsicht zur Erfolgsforschung recht unterschiedliche Zahlen auffielen. Es gelang entweder nicht, die Wirksamkeit der jeweiligen Methode zu beweisen, oder aber die Forschungsarbeiten waren methodologisch so schwach, daß ich ihre Ergebnisse nur mit größter Vorsicht interpretieren würde. Weeks (1985) konnte auch, zumindest bei der paradoxen Psychotherapie beispielhaft zeigen, daß allgemeinere, umfassendere Bewertungskriterien als die obigen unbrauchbar sind, da eine spezielle Therapieform zielorientiert arbeitet. Im Zuge des heutigen allgemeinen Trends der Therapierichtungen zu Spezialisierungen hin, trifft diese Orientiertheit an bestimmten Zielen und Vorgehensweisen gleichermaßen für den Großteil aller Therapieschulen zu.

In den letzten Jahren gewann im Besonderen ein Gebiet zunehmend an Bedeutung: die Evaluationsforschung, also die Messung von Wirkungen der verschiedenen Interventionen. Plessen und Bommert (1984) verweisen in einem Überblick auf die Bedeutung der Veränderungsmessung zur Evaluation psychotherapeutischer Verfahren. Sie sind der Frage nachgegangen, ob die Werte, die mit verschiedenen Methoden der Veränderungsmessung gewonnen werden, vergleichbar sind und inhaltlich tatsächlich eine Veränderung in-

dizieren. Wie bei den obig genannten Kriterien, muß dies auch in anderen Versuchen der Kriterienfindung fallspezifisch überprüft werden. Auch innerhalb der Evaluationsforschung sind die gemessenen Wirkungen nur fallspezifisch, d.h. auf den Einzelfall hin zu bewerten. Globale Messungen können nur als Anhaltspunkte zur Ausführung indizierter Interventionen gesehen werden. Betrachten wir die der Evaluation grundsätzlich zur Verfügung stehenden Methoden, so sind zur Wahl: Persönlichkeitsfragebogen, behandlungsorientierte Fragebogen, Verhaltensbeobachtungen und individuell entwickelte diagnostische Instrumente. Plessen und Bommert (1984) stellten fest, daß therapiebedingte Veränderungen durch speziell zur Veränderungsmessung entwickelte Verfahren eindeutiger bestimmbar sind, als durch statische Persönlichkeitsbeschreibungen oder allgemeine Verhaltensbeobachtungsverfahren. Neuere Evaluationsansätze, welche die bisherigen detailliert kritisieren, sind auch bei Roth (1985) zu finden. Er hebt ebenso wie Plessen (1984) die Relevanz des einzelfallanalytischen Ansatzes hervor.

Bei allen Grundannahmen der Psychotherapieforschung zur Evaluation der therapeutischen Erfolge stellt sich gleichermaßen das Problem, daß die jeweils durchgeführte Behandlung nicht genau dem zu entsprechen braucht, was sich tatsächlich in den einzelnen Sitzungen ereignet. Die Findung von auf den Einzelfall anwendbaren therapieerfolgsmessenden Indikatoren würde uns eine Möglichkeit bieten, noch innerhalb der Therapiephase auf spezielle Probleme aufmerksam zu werden; denn nur wenn ein Behandlungsprozeß nachvollziehbar in seiner Entwicklungsrichtung bleibt, wird es möglich, gezielte Interventionen gegen uner-



wünschte Effekte einzuleiten. Diese Forderung zur Verbesserung der Verlaufs- und Erfolgsdiagnostik betrifft ebenso den Zeitraum nach Beendigung der Therapiephase, denn erst dann stellt sich wirklich heraus, ob die einzelnen Effekte zeitstabil sind und unabhängig von der Betreuung durch einen Therapeuten für den Klienten erreichbar bleiben können. Katamnestische Erhebungen sind also zum Therapieverlauf und -erfolg dazugehörig anzusehen.

Erst kürzlich, auf der Fachkonferenz "Psychotherapeutische Prozeßforschung" in Heidelberg (1986), wurde die vielfältige Bereitschaft aller Beteiligten deutlich, mit neuartigen Forschungsmethoden und Analyseansätzen zu experimentieren. Aufgrund der oftmals hohen Komplexität und oft auch Langwierigkeit des therapeutischen Geschehens ist der Weg zur Ermittlung empirisch gehaltvoller Prozeß- und Erfolgsdeterminanten noch weit. Der geringe Verallgemeinerungsgrad ist derzeit ein zusätzliches Problem (Bastine et al, 1987). Es bleibt abzuwarten, welchen praktischen Verlauf die Vorsätze und neuen Entwicklungen nehmen werden.

## 2.7. Der Informationswert katamnestischer Untersuchungen

Die Untersuchung von Shlien et al (1962) wird häufig als Beweis für die Effektivität der Psychotherapie zitiert. Es ist unnötig, das genaue experimentelle Design zu beschreiben. Um nur exemplarisch Mängel aufzuzeigen, sei gesagt, daß die Autoren als nahezu einziges Kriterium zur Bestimmung der therapeutischen Wirksamkeit den Q - Sort zum Selbst - Ideal vorgelegt haben. Dieser Index

kann in diesem Zusammenhang nicht als ausreichend zur Beurteilung der Fragestellung bewertet werden, zumal jene Autoren beanspruchen, damit die Effektivität von Psychotherapie experimentell nachgewiesen zu haben.

Die Q - Analyse ist ein faktorenanalytisches Verfahren, in dem man von sog. Q - Korrelationen ausgeht. Die extrahierten Faktoren können als Typen interpretiert werden. In der Faktorenmatrix ist die Faktorenladung der einzelnen Person in den Typenfaktoren abzulesen. Ausführlichere Erklärungen sind z.B. bei Kellner (1967) nachzulesen.

Abgesehen von Lücken im experimentellen Design, teilten Shlien et al (1962) ihre Ergebnisse nur sehr knapp mit, wobei sie entscheidende Einzelheiten ausließen: so sind z.B. alle Ergebnisse als Durchschnittswerte angegeben (arithmetischer Mittelwert oder Median). Zahlenwerte sind nicht vorgegeben und nirgendwo finden sich persönliche Angaben über die Klienten, die inhaltlich analysiert wurden. Es sind auch keine Angaben darüber zu finden, warum die unbehandelten Klienten unbehandelt blieben. Weder aus der Zeit vor, noch nach der Behandlung liegen Daten zum persönlichen Zustand der Klienten vor. Man weiß nur, daß vor Behandlungsbeginn die Selbst - Ideal - Korrelation der Gruppe genau bei 0 lag, ebenso wie nach einer dreimonatigen Wartezeit und nach einer 12monatigen Nachkontrollzeit. Es ist daran besonders zu kritisieren, daß keineswegs klar ist, wie die Katamnesen durchgeführt oder die Daten verarbeitet wurden. Mangelhafte Datenerhebungen sind bereits in Kap. 2.2. und 2.2.1. aufgefallen. Dort wurde auf hinreichende Information zu Klienten- und Therapeutenmerkmalen verzichtet. Die genannten Defizite sind wohl nicht

immer auf unzureichende diagnostische Instrumente zurückzuführen, sondern vermutlich u.a. in der Angst begründet, "unangenehme" und unerwünschte Effekte nachweisen zu können. Als stellvertretendes Beispiel soll diese Stellungnahme vorerst genügen.

Katamnestische Untersuchungen sind insgesamt in unzureichendem Maße durchgeführt worden. Vereinzelt ist über Folgestudien und Therapieabbruch berichtet worden, häufig sind die Ergebnisse nur für spezielle Fragestellungen interpretierbar. Genaue und generalisierbare Angaben sind eher selten.

Ladewig (1984) lieferte einen Beitrag zum 3. "Baseler Drogen- und Alkoholsymposium" (1983) und stellte Nachuntersuchungen im Bereich der Drogenabhängigkeiten dar. Bedauerlicherweise sind die Ergebnisse auf allzu spezielle Symptomkonstellationen bezogen. Auf die Forderung einer Katamneseforschung größerer Bandbreite ist u.a. durch Ladewig selbst verwiesen worden.

Eine kritisch ausgewertete Arbeit liegt mir von Gaebel (1984) vor und trägt den Titel: "Prognosis of the course of schizophrenic psychoses compared to other psychiatric illness. Catamnestic treatment and outcome 1 year after discharge". In einer prospektiv angelegten Verlaufsuntersuchung an 161 stationär-psychiatrischen Patienten konnten bei 93% Daten zum Verlaufsausgang ein Jahr nach Klinikentlassung gewonnen werden. 67% der Patienten konnten im direkten Interview nachuntersucht werden. Dabei zeigte ein Vergleich die Verlaufsausgänge von Patienten mit schizophrenen Psychosen, affektiven Psychosen, Neurosen sowie einer Gruppe gemischter anderer Diagnosen (vorwiegend Alkoholabhängigkeit) keinen signifikanten Unterschied. Als Kri-

terium des Vergleichs wurden folgende Parameter überprüft: Symptomatik, Rehospitalisierung, Beschäftigung und soziale Kontakte. Für die Gruppe der Neurosen, welche am direktesten den durch diese Arbeit angesprochenen Klientenkreis betreffen, war eine Diskrepanz in der Fremd- und Selbstbeurteilung bei der Entlassung aus stationärer Index-Behandlung besonders auffallend. Dieser Befund, sowie die zum Nachuntersuchungszeitpunkt vergleichsweise stärkere Ausprägung depressiver Symptomatik läßt eine unzureichende Behandlung und Nachbehandlung vermuten. Dies gilt ebenfalls für die Gruppe der Alkoholkranken.

Die Frage nach den Ursachen dieser Symptomverschlechterungen ist genauso unabdingbar zu stellen, wie auch schwierig zu beantworten. Eine retrospektive Analyse dessen kann die aktuelle Klarheit der wirksamen Faktoren wahrscheinlich nicht so deutlich erhellen, wie es mittels einer gründlichen Verlaufskontrolle möglich gewesen wäre. Die Gründe für den Mangel an katamnestischen Untersuchungen kann man nur beklagen (Beck, 1986). Es mag teilweise an den praktischen Problemen liegen, die darin bestehen, daß diejenigen Klienten entweder nicht mehr auffindbar oder nicht kooperationsbereit sind. In vielen Einrichtungen mangelt es an finanziellen Mitteln, die zur Durchführung von Katamnesen notwendig sind. Es ist zu begrüßen, daß die Bedeutung der Evaluation therapeutischer Maßnahmen neuerdings zunehmend in den Vordergrund getreten ist. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, Die Deutsche Forschungsgesellschaft u.v.m. investieren in derartige Projekte, auch sie haben die Notwendigkeit erkannt, die eigentliche Bewährungsphase der Psychotherapie - die Zeit

nach der Behandlung, in der sich mittel - und langfristige Effekte einstellen - kritisch zu überprüfen.

## 2.8. Resümee

Im zweiten inhaltlichen Abschnitt der Arbeit wurden vorwiegend die negativen Psychotherapieeffekte im weitesten Sinn in ihrer Bandbreite erläutert. Die zusammengetragenen Daten dienen als faktische Grundlage zur Hypothesenüberprüfung, die am Ende des Kapitel III erfolgen wird. Damit der Leser seine Aufmerksamkeit nicht nur den Einzelaspekten widmet, werden die wichtigsten Elemente der Kapitel 2. - 2.7. zusammenfassend dargestellt. So ergibt sich eine gewisse kategorische Ordnung, die in deduktiver Weise aufgrund der vorliegenden Daten entwickelt wurde. Die Bereiche gliedern sich folgendermaßen a) Hemmende Faktoren in der Psychotherapieforschung und -praxis b) Negativ wirksame Faktoren, die im Therapeuten begründet sind c) Negativ wirksame Faktoren, die im Klienten begründet sind d) Negativ interaktionale Variablen e) Möglichkeiten, den negativen Faktoren entgegenzuwirken. Der Übersicht wegen führe ich die Punkte getrennt in genannter Reihenfolge auf:

### a) Hemmende Faktoren in der Psychotherapieforschung und -praxis:

- Es bleibt unklar, ob Psychotherapie allgemein eher schädlich oder nützlich ist.
- Die Effektivitätsstudien sind oftmals zweifelhaft in

ihrer Konstruktion und Durchführung oder ihre Ergebnisse weisen auf negative Effekte hin.

- Einige der psychodiagnostischen Testverfahren zur Messung der Therapieverläufe und -erfolge sind unzulänglich. Andere, brauchbare Verfahren, werden praktisch zu wenig benutzt.
- Die Angaben zu Drop-Out Raten schwanken extrem je nach Untersuchung, die Ursachen bleiben in den meisten Fällen unbekannt.
- Therapie per Gerichtsbeschluß (Zwangstherapie) ist als Gesundheitsprozeß zweifelhaft.
- Unzureichende Erforschung auf folgenden Gebieten: Therapieverläufe und -erfolge, Therapeutenpersönlichkeit, Katamnese, experimentelle Designs oder kritische Situationen der therapeutischen Praxis werden nur mit spärlichen Daten beschrieben.
- Mißerfolge in Vorbehandlungen z.B. medizinischer Art prädestinieren zu Mißerfolgen in weiteren Behandlungen.
- Selektionsmechanismen, Hierarchische Strukturen, institutionelle Richtlinien (Verfolgen bestimmter Theorien), Prestige bestimmter Methoden, Berufsdominanz der Ärzte und Psychologen gegenüber anderen helfenden Berufen.
- Geringfügige Informationen der Therapeuten- und Klientenpersönlichkeit nicht länger haltbar, zu geringe Gewichtung der interaktionistischen Variablen und deren Effekte.
- Trennung der Begriffe "Verlaufs- und Erfolgsforschung"

ist eher behindernd.

- Forschungsstand entspricht oft nicht der Komplexität situativer Variablen (Beispiel: komplexes Analysesystem "Familie" versus einfacheres Analysesystem "Einzelklient").
- Mangel an finanziellen Mitteln.
- Angst der Fachleute vor der Aufdeckung negativer Ergebnisse.

b) Negativ wirksame Faktoren, die im Therapeuten begründet sind:

- Deutlich andere Sozialschicht als der Klient,
- Evtl. seine Geschlechtszugehörigkeit,
- Ausgeprägtes Helfersyndrom
- Inflexibilität und Phantasielosigkeit im therapeutischen Konzept, rigide Verfolgung entsprechend der Schulenzugehörigkeit.
- Ausnutzung von Expertenmacht,
- Verfolgung bestimmter Wertvorstellungen ohne die Klientenbedürfnisse zu berücksichtigen,
- Helfer läßt Unbehagen in seiner eigenen Person zurück - keine Teilnahme an Supervisionsteams,
- Distanz durch überdeutliche Rollenzuweisungen (Experten - vs. Krankenrolle)
- Verdeckte, nicht transparente Vorgehensweise (Auslösen von zusätzlichen Verunsicherungen)
- Unsicherheit, längere Pausen, Passivität, Antriebs-

schwäche

- Evtl. zu offenes Ansprechen eigener Fehler/Inkompetenzen (Fallspezifische Entscheidung nötig!)
- Therapeut ist Opfer starker Gefühle, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Sehnsucht nach passivem Befriedigt werden oder anderer aktueller Lebensprobleme
- Neurotische Therapeuten-Persönlichkeit (siehe Text)

c) Negativ wirksame Faktoren, die im Klienten begründet sind

- Angehöriger unterer sozialer Schichten,
- Evtl. Geschlechtszugehörigkeit,
- Persönlichkeitsmerkmale (siehe Text),
- Subjektiv negative Wahrnehmung der Therapeuten Kompetenz (z.B. durch negative Vorerfahrungen bedingt) verbunden mit erheblichen inneren Widerständen gegen die Behandlung
- Hohes Maß an Fehlschlags- und Kritikangst,
- Grundsätzlich negative Erwartungen gegenüber psychotherapeutischen Einrichtungen,
- Unfähigkeit zur Verbalisierung problematischer Gedanken und Gefühle,
- Nichtbereitschaft zur Katamneseuntersuchung.

d) Negativ interaktionelle Variablen

- Diskrepanzen in der Erwartungshaltung des Klienten



und seines Therapeuten,

- Negative klientenzentrierte Wahrnehmung der therapeutischen Interaktion (KWTI),
- Doppel-Bindungen (siehe Text)
- Paradoxien (siehe Text)
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nation, Religion, Hautfarbe,
- Unterschiedliches verbal - kognitives Niveau,
- Empathie ohne positive KWTI,
- Therapie enthält für beide gegensätzliche Prinzipien (Bedürfnisse)
- Persönliche (nicht ohne weiteres beseitigbare) Antipathien.

#### e) Möglichkeiten, den negativen Faktoren entgegenzuwirken

- Berücksichtigung der im Text genannten Fragen, um eine aussagefähigere Evaluation zu gewährleisten,
- Hinweise auf standardisierte Fragebogen (z.B. "Exploration unangebrachten Helfens" u.v.m.) zur Therapeutenpersönlichkeit und Therapieerfolgsmessung, sollten in Forschung und Praxis häufiger benutzt werden,
- Unbedingte Teilnahme an Supervisionsteams, Durchführung von Selbsterfahrungen und -analysen (Angebote bestehen)
- parallel zu Therapien fortlaufende Weiterbildung, (Seminare, Workshops, Kongresse, Hospitationen in anderen Einrichtungen als der eigenen)

- Berücksichtigung der Bedeutung der Anfangsphase für den weiteren Verlauf und Erfolg,
- Suizidalität in jedem Fall abfragen,
- Klare Strukturierung in jeder Sitzung vorschlagen,
- Einstellung auf klientenspezifische Interaktionsmuster gemäß der KWTI,
- Auseinandersetzung des Therapeuten mit systematisierbaren, kommunikativen Schwierigkeiten (Vertikale Verhaltensanalyse, Entwürfe eigener Beobachtungs- und Selbstbeurteilungsschemata),
- frühe Klärung der Art der therapeutischen Beziehung (Erwartungen fachlicher und persönlicher Art),
- Eigenes Wissen um die Vor- und Nachteile der Ambulanz und der freien Praxis, Kritische Punkte verändern,
- mehr Gewicht auf Einzelfallanalysen als auf Global-einschätzungen legen (diese nur als Anhaltspunkte bewerten),
- Einsatz diagnostischer Methoden: Soziogramme, Tagebuchprotokolle (auch für Therapeuten selbst), Persönlichkeitsfragebogen, behandlungszentrierter Fragebogen, Verhaltensbeobachtung, individuell entwickelte Instrumente,
- Beachtung und Auswertung objektiver, reliabler und valider Indikatoren des Therapieerfolges (zumindest für die VT): z.B. selbst vs. partnerzentrierter Bezug (siehe Text)
- zunehmende Erforschung im Text genannter, mangelnd erforschter Gebiete.

Abschließend ist festzuhalten, daß die klinisch-psychologische Praxis trotz theoretischer Forderungen durch folgende negative Merkmale charakterisiert ist:

- Handlungszwang, d.h. die Probleme der Klienten/Patienten erfordern ein unmittelbares Darauf-eingehen.
- Legitimationszwang: die psychologisch-psychiatrischen Dienstleistungen sind seitens des Geldgebers an ökonomischen Prinzipien orientiert.
- Ethische Verantwortung, besonders schwer zu erfüllen sind moralisch-ethische Inhalte bei zwangseingewiesenen Patienten oder sog. "therapieresistenten" Klienten, die auf Psychotherapie mit Widerständen reagieren.
- Pragmatische Handlungsstrategien, d.h. die Interventionen des Praktikers erlauben kaum ein in jedem Fall theoretisch und/oder empirisch als begründet ausgewiesenes Verfahren. Intuitives Vorgehen ist oft nicht ausreichend, werden jedoch allzu häufig praktiziert.

Diese Punkte sind u.a. (1986) von Beck, bezogen auf die "Kontrollierte Praxis" kognitiver Therapien, genannt worden. Sie lassen sich jedoch ohne weiteres auf meine alltäglichen praktischen Erfahrungen und die meiner Kollegen (anderer Einrichtungen) übertragen. Die aus den bisherigen Daten vorgenommenen Schlußfolgerungen sind somit als therapieschulenunabhängig zu betrachten. Die Voraussetzungen zur Erreichung der angestrebten Ziele oder "Möglichkeiten, den negativen Faktoren entgegenzuwirken" sehe

ich in folgenden Punkten:

1. Praktisch umsetzbare Materialien klinisch-psychologischer Tätigkeit müssen zugänglich gemacht und verwendet werden.
2. Therapeutische Handlungsweisen sollten hinreichend in einer Theorie begründet, sowie empirisch abgesichert sein, anderes Verhalten der Supervision bzw. Selbstanalyse zugänglich sein.
3. Therapeuten sollten ihren Patienten/Klienten gegenüber diagnostische, therapeutische und methodische Informationen, sowie konkrete Anleitungen über das aktuelle therapeutische Geschehen geben (Metaebene zur Erreichung der Transparenz).

Hier wurden die Aspekte der Psychotherapie, welche in der Literatur zu finden sind, im Überblick dargestellt, auf sie wird bei der Hypothesenprüfung (Kap. 3.10.) näherer Bezug genommen werden. Im Prinzip könnte ich das gesamte dritte Kapitel direkt in das zweite integrieren, jedoch soll den beiden Begriffen "Reaktanz" und "Widerstand" gesondert Aufmerksamkeit geschenkt werden. Sie sind häufig referierte Phänomene, hinter denen sich ebenfalls negative Therapieeffekte verbergen; dabei soll zunächst die Frage der Verursachung außer Acht gelassen werden. Es wird ebenso wenig wie bislang um die Bedeutung von Schuldzuweisungen an unerwünschten Effekten gehen, sondern vielmehr um die konkrete Aufdeckung nicht klar definierter Begriffe in Verbindung mit dem Hauptthema "Neurose als Psychotherapieeffekt". Ein Ziel besteht darin, das Thema dergestalt aufzuarbeiten, daß anschließend eine Hypothesenprüfung auf der Basis eines Vergleichs sämtlich referierter Möglichkeiten der Symptomverschlechterungen (Kap. II

und III) mit der vorangestellten Neurosedefinition möglich sein wird.

### 3.1. Reaktanzeffekte als potentiell neurotisierende Faktoren in der Psychotherapie

Ausführliche und detaillierte Erläuterungen der reaktanztheoretischen Grundannahmen entnehme der Leser bitte den Veröffentlichungen des Theorienbegründers selbst (Brehm, 1966, 1971, 1972, 1975, 1980). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sei nur gesagt, daß die Erzeugung von Reaktanz die Bedrohung eines persönlichen Bereiches bedeutet, in dem der betroffenen Person die Freiheit (Wahlmöglichkeiten, sich frei zu entscheiden bzw. zu verhalten) wichtig ist. Prüfen wir nach, ob diese Basis auf die therapeutische Situation zutrifft, ist dem wohl zuzustimmen, da sie als ein persönlich wichtiger oder sogar intimer Bereich anzusehen ist. Die Wichtigkeit des Anliegens steht ebenfalls außer Frage, da der Leidensdruck, welcher mit der Störung einhergeht, das Individuum zur Behandlung motiviert. Nun kommt es vor, daß Erlebnisse von Fehlern und Mißerfolgen während der Therapie die Motivation verschlechtern und zu Selbstabwertungen führen. Darüberhinaus können Therapeuten, die die Effektivität ihrer Verfahren beweisen wollen, bei Klienten Reaktanz auslösen. Etwas übertrieben formuliert Haley (1963, 1978), daß das Problem der Reaktanz im wesentlichen ein Problem des Therapeuten sei. Sie, die die Klienten massiv beeinflussen, Überengagiert auf Veränderungen hoffen, können beim Klient Gegenkonditionierungen auslösen. Zwei Beispiele sollen dem Leser einen ersten Eindruck vermitteln, wie leicht und wie häufig Reaktanz in Therapien hervorgerufen wird. Zu diesem Zweck möchte ich zwei typische, d.h. häufig beobachtete Therapeutenreaktionen nennen:

"Ich habe das Gefühl, Sie brauchen noch etwas Zeit, um sich klar darüber zu werden, ob und wie weit Sie sich in neue Erfahrungen begeben können. Bitte überstürzen Sie hier nichts, solange Sie nicht wirklich dazu bereit sind und Vorschläge nicht annehmen können. Sie werden mehr davon haben, wenn Sie jetzt noch warten und sich dann später wirklich einsetzen können" (Zimmer, 1983, S. 123). Derartige Formulierungen können Reaktanz auslösen gegen Nicht-Änderung in einem Ambivalenz-Konflikt, in dem der Klient Änderungen sucht und zugleich fürchtet.

Ein zweites Beispiel ist die "Methode der falschen Alternativen". Hierbei werden Klienten Alternativen zur freien Wahl überlassen, die jedoch bestimmte Wahlmöglichkeiten nicht beinhalten, um Ängste zu minimieren und Selbstattributionen zu erhöhen. Das dahinterstehende Prinzip heißt dann immer noch "Wann oder Wie" statt "Ob".

Mahoney (1977) nennt eine sehr einfach zu praktizierende Intervention, mit der er einen Jungen behandelte, der sich trotz perfekter Anwendung operanter Techniken nicht waschen wollte. Er wusch sich erst, als er gefragt wurde: "Möchtest Du nach dem Duschen ein normales Handtuch oder ein Badehandtuch von uns Erwachsenen?"

Man könnte (alternativ) reaktanzgefährdend formulieren: "Du musst mit Aktivität (Veränderung) A beginnen!"

Diese Art des Ansprechens verläuft in vielen Therapieformen auf die geschilderte Weise ab. Der Klient hat zwar zunehmend Wahlfreiheiten, der Rahmen wird jedoch vom Therapeuten gesteckt, so daß der Klient nicht den Eindruck vollkommener Wahlmöglichkeit empfindet.

Reaktanz beinhaltet, das wird bereits an den Beispielen deutlich, auch diejenigen Reaktionsformen, die den Leser an "Widerstand" (Freud, 1884) erinnern. Die Reaktanztheorie hingegen entstand erst 1966 und ist von Brehm dem Bereich der Sozialpsychologie zuzuordnen. Dementsprechend stützen sich beide Phänomene auf recht unterschiedliche Grundannahmen. In der vorliegenden Arbeit erfolgt zwar eine inhaltliche Abgrenzung der Begriffe, die Reaktanz wird jedoch als mit dem Widerstand verwandt aufgefaßt; denn schließlich ist das Empfinden einer Freiheitsbedrohung mit Widerständen gegen eben diese Bedrohung verbunden. In diesem einleitenden Abschnitt soll versucht werden, den Reaktanzbegriff in einen begründeten Zusammenhang mit der therapeutischen Situation zu bringen, um ihn als Thema dieser Arbeit zu etablieren.

### 3.2. Klinische Anwendungen der Reaktanztheorie

Brehm (1980) weitete die Anwendungen der Sozialpsychologie auf die klinische Psychologie aus. In ihrem gleichnamigen Buch nennt sie drei wesentliche Bereiche, die für uns von Interesse sind: die Überredung des Klienten, seine soziale Abhängigkeit und die Förderung prosozialen Verhaltens. Brehm orientierte sich in ihrer Themenwahl auf tatsächlich in der Realität vorzufindene Sachverhalte, denn die meisten Praktiker geben zu, daß die verbale Überredung einen wichtigen Bestandteil ihres therapeutischen Repertoires bildet. Frank (1985) vertritt sogar ausdrücklich die Ansicht, daß Überredung die Hauptgrundlage jeglicher Psychotherapie darstellt. Der allgemeine Standpunkt, der mit der Reaktanz-



theorie zu begründen ist, lautet einfach: Wenn eine Kommunikation oder eine möglicherweise sich bemerkbar machende Tendenz zur Überredung die Freiheit des Empfängers bedroht, kommt es zu Reaktanz. Für den Therapeuten geht es darum, seine Kommunikation so zu gestalten, daß die Freiheiten des Angesprochenen möglichst wenig bedroht werden. Erklärungen wie "Es kommt ganz auf Sie an" dienen diesem Zweck.

Nicht nur mit verbalen Mitteln läßt sich Reaktanz erzeugen, sondern auch durch Blicke, Gesten und Körperhaltungen. Es ist müßig, diese Mittel im einzelnen zu beschreiben. Nur soviel sei gesagt: sie sollten als gemeinsames Merkmal nicht die Botschaft ausdrücken "Sie müssen mir gehorchen", sondern "Sie können selbst entscheiden". Besonders Therapeuten, die eher zu autoritären Verhaltensstilen neigen, sollten besonders auf jene Aspekte ihrer verbalen, nonverbalen und paraverbalen Kommunikation achten, die den Klienten zur Einwilligung zwingen. Brehm & Brehm (1966) bestätigen diesen warnenden Hinweis durch empirische Belege.

Zwei in diesem Zusammenhang besonders auffällige Eigenschaften konnten überwiegend bei noch in der Ausbildung stehenden Therapeuten beobachtet werden, da sie persönlich stark berührt werden von Erfolgen und Mißerfolgen ihrer Bemühungen. Erstens ist der Therapeut sehr darauf bedacht, daß der Klient seinen Rat annimmt, da er glaubt, die Therapie könne nur dann funktionieren. Zweitens ist zu vermuten, daß der Klient genau spürt, daß es mit nur einer Überredungs-Kommunikation nicht getan ist, sondern daß es sich vielmehr um die erste einer ganzen Reihe handelt. Der Faktor

"sozialer Einfluß von Gleichgestellten" ist hier nicht zu unterschätzen. Er spielt in jedem Fall eine Rolle, da sich die meisten Praktiker zweifellos in einer Autoritätsbeziehung zu ihren Klienten befinden. M.L. Brehm & J.W. Brehm (1966) gingen diesen Hypothesen mittels einer empirischen Überprüfung nach. Das Ergebnis war, daß ein mit Nachdruck formulierter Beeinflussungsversuch seitens der Autoritätsperson Reaktanz auslöste, während dies bei einer Person mit ähnlichem Sozialstatus weniger häufig der Fall war. Es handelt sich hier zwar nur um Versuchspersonen, jedoch ist die Therapiesituation im Prinzip sehr ähnlich. Die Annahme eines gerechtfertigten Analogieschlusses der Studie auf die Psychotherapie liegt daher nahe.

Wir wissen aus alltäglichen Beobachtungen, daß jeder Mensch unterschiedlich intensiv auf die Bedrohung seiner persönlichen Freiheiten reagiert. So ist zu fragen: Gibt es bestimmte Klienten, die am ehesten der Reaktanzerregung unterliegen?

Wicklund & Brehm (1968) stellten experimentell fest, daß es wahrscheinlicher ist, daß eine Person Reaktanz erfährt als Antwort auf die Bedrohung einer ihr wichtigen Freiheit, je sicherer sie sich einer Sache fühlt. Das bedeutet zum einen, daß die Bedrohung erst spürbar für diejenige Person mit steigender Wichtigkeit der Freiheit ist; zum anderen, daß eine Person, die sich bezüglich ihres problematischen Verhaltens ohnehin unsicher fühlt, unter Umständen gar nicht daran glaubt, daß ihre Freiheit, diese Verhaltensweisen zu wählen, von irgendwelcher Bedeutung ist. Die Anwendung auf die therapeutische Situation ist einfach: wenn

es der Therapeut als wichtig erachtet, daß sein Klient sich in bestimmter Weise verhält, sollte er auf die Bedeutung seines Rates verweisen (Metaebene). Im Falle eines Klienten jedoch, der sich bezüglich des betreffenden Verhaltens sicher fühlt, kommt es zu einem Übermaß an sozialem Einfluß, was zu Reaktanz führen kann. Der Therapeut sollte wegen dieser Gefahr dauernd seine eigenen Überredungsversuche überprüfen und in angemessenen Schranken halten. Dies zu bemessen richtet sich nach dem Grad der subjektiv eingeschätzten Reaktanzanfälligkeit des Klienten und dem Maß für die therapeutisch als unbedingt notwendig befundenen Anweisungen. Es ist einsichtig, dies haben auch Worchel & Brehm (1970) feststellen können, daß mehr Reaktanz ausgelöst wurde, je plumper die Überredungsversuche wahrgenommen wurden. Die sich daraus insgesamt ergebene praktische Idee ist folgende: vertritt ein Therapeut einen Standpunkt, zu dem sich der Klient von sich aus bekannt hat, wird der Therapeut darauf bedacht sein, Reaktanzeffekte zu vermeiden, die dazu führen könnten, daß der Klient sich anders als gewünscht verhält. Die Reaktanzeffekte lassen sich verhindern, indem man dem Klienten die Gelegenheit gibt, die andere Seite der Frage zu vertreten bevor ihn der Therapeut in seiner ursprünglichen Meinung bestärkt. Er versetzt ihn damit in die Lage, die Wahlfreiheiten noch einmal zu erleben. Wird ihm diese Möglichkeit nicht gegeben, so bleibt die Gefahr der Reaktanzerregung bestehen.

Die gesamte angegebene Literatur deutet darauf hin, daß die Möglichkeit der Reaktanzerregung in bestimmten Fällen besonders gegeben ist, wenn der Therapeut seine Unterstützung kundtut, und

sogar größer ist, als wenn er einen vom Klienten abweichenden Standpunkt propagieren würde. Die Demonstrationen der eigenen Freiheit als Gegenmaßnahme sind zudem insofern an eine bestimmte Reihenfolge gebunden, als sie vor einer persuasiven Kommunikation stattfinden müssen; daher sind die reaktanz erzeugenden Interventionen in der Anfangsphase in besonderem Maße negativ für den weiteren Behandlungsverlauf. Auf die "Schwierigkeiten in der Anfangsphase" als Faktor der Reihenfolge habe ich bereits in Kapitel 2.4.3. verwiesen. Die Empfehlung für die Anfangsphase "sich Zeit zu lassen", stützt sich auf die durch empirische Beweisführung (Brehm & Brehm, 1966) erhärtete Hypothese, daß es zu Beginn einer Folge von Ereignissen mehr Freiheiten gibt, die der Bedrohung ausgesetzt sind, als später. So ist denkbar, daß am Anfang einer Therapie leichter Reaktanz erregt wird als zu einem späteren Zeitpunkt. Der Therapeut sollte also in der Anfangsphase der Beziehung zum Klienten besonders aufmerksam darauf achten, dessen Freiheiten nicht zu bedrohen.

Als zweiter Bezug zu früheren Kapiteln sei erwähnt, daß es wünschenswert wäre, wenn es mehr Studien über die Beziehung zwischen Merkmalen der Persönlichkeit und Reaktanz gäbe (vgl. Kap. 2.5.). Mir ist diesbezüglich nur die 1974 von Cheralnik & Citrin (in: Brehm, 1975) durchgeführte Untersuchung bekannt. Sie belegten, daß es zwei Arten von externalen Ursachen der Bedrohung gibt. Einerseits sind es persönliche Bedrohungen (in der Regel von anderen Menschen) und andererseits unpersönliche Bedrohungen. Sie stellten die Hypothese auf, daß verschiedene Menschentypen von diesen unterschiedlichen Ursachen der Bedrohung wahrschein-

lich unterschiedlich berührt werden. Sie berücksichtigten mit ihren allgemein zutreffenden Ergebnissen ebenso den Ansatz der einzelfallanalytischen Überprüfung. Chernalnik & Citrin folgerten nur allzu einschränkend, daß möglicherweise eine Beziehung besteht zwischen den Ursachen der Bedrohungen und dem Ort der Kontrolle. Eine genauere Beschreibung der Auswirkungen von Persönlichkeitsmerkmalen der Therapeuten und Klienten auf die Reaktanzerregung wäre darüber hinaus für uns deshalb so wichtig, weil dies eine Chance zur Prävention von Symptomverschlechterung bedeuten würde.

Ein weiterer Weg der Prävention ist die Anwendung sozialpsychologischen Wissens und deren Übertragung auf psychodiagnostische Testverfahren; z.B. geben uns die I-E-Skalen (Rotter, 1966) näheren Aufschluß. Rotter definierte damit zwei Typen von Menschen: "Internale (I)", die meistens den Ort der Verursachung als in sich selbst angesiedelt erkennen und "Externalte (E)", die den Ort der Kontrolle als in der äußeren Welt liegend erkennen. Brehm & Manns (1975) trafen die Voraussage, daß "Internale" als Reaktion auf die persönlichen Bedrohungen mehr Reaktanz erfahren, während bei "Externalen" mehr Reaktanz als Folge unpersönlicher Bedrohungen erfahren wird. Die empirisch gewonnenen Daten ihrer entsprechenden Untersuchung bestätigen diese Vermutung. Obwohl die Rotter'schen I-E-Skalen nachweislich zur Vorhersage von Störungen während des Therapieprozesses bei besonders reaktanzanfälligen Klienten nützlich sind, wenden sie Therapeuten in ihrer Praxis in den meisten Fällen nicht an. Jedem Therapeuten, der in die Lage kommt, mit Klienten zusammenzutreffen, die

einem extremen "I" oder "E" gleichen, sei ganz einfach die direkte Anwendung der eben referierten Ergebnisse empfohlen. Will er Reaktanz vermeiden, sollte er Kommunikation unterlassen, die persönliche Bedrohungen der "I's" und unpersönliche Bedrohungen der "E's" darstellen.

Es gibt weitere Untersuchungen aus der Literatur zur Reaktanz, die sich mit "Gunstbezeugung" befassen. Sie nehmen eine besondere Stellung für die praktisch-klinische Arbeit ein, weil darin auch die Fragen zur sozialen Abhängigkeit besprochen werden. Als erstes soll der Standpunkt des Therapeuten Beachtung finden; er will, daß der Klient bereit ist, "für ihn" Dinge zu tun. Wenn es scheint, als ob es zu einer solchen Gunstbezeugung kommen könnte und der Klient eine gewisse Wahl in dieser Hinsicht hat, löst die soziale Abhängigkeit sehr leicht Reaktanz aus und macht es weniger wahrscheinlich, daß der Klient etwas um des Therapeuten willen versucht (Brehm, 1980). Der Therapeut kann dann beispielsweise darauf achten, eine bestimmte Gunstbezeugung (oder einen bestimmten Überredungserfolg vgl. s.o.) von den antizipierten Verhaltensweisen anderer zu isolieren, indem er erklärt, daß diese Handlung, die "seinetwillen ausgeführt wurde", einen Ausnahmefall darstellt. Auch kann er betonen, daß künftig Entscheidungen zugunsten anderer Überlegungen erfolgen sollen. Nach den Ergebnissen von Jones (1970) ergibt sich noch eine weitere Alternative. Diese besteht darin, daß die bereits wahrgenommene Entscheidungsfreiheit herabgespielt wird. Der Therapeut kann darauf hinweisen, daß ihm gar nichts anderes übrig bleibt, als ihm diese Gunst zu zeigen. Dabei muß man auch die praktischen

Nachteile dieser theoretisch vertretbaren Lösung erörtern. Erstens dürften solche Behauptungen auf den Widerstand vieler Therapeuten stoßen, die es grundsätzlich vorziehen, das Gewicht auf die Entscheidungsfreiheit und die Verantwortlichkeit des Klienten zu legen, statt Gunstbezeugungen zu verlangen. Zweitens erhöht eine Herabsetzung der Entscheidungsfreiheit in einer solchen Situation möglicherweise die Implikationen für künftiges Verhalten. Der Klient wird sich fragen: "Was wird er von mir in der nächsten Sitzung verlangen?"

Mit der erheblichen Bedeutung der Anfangsphase habe ich bereits zugleich darauf hingewiesen, daß die anfänglich große Freiheit ihre Bedeutung für den Klienten hat, da theoretisch noch alle Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Aus der Sicht des Klienten betrachtet, ist interessanterweise die Reihenfolge gerade zu den Absichten des Therapeuten umgekehrt. Er legt seinerseits Wert auf den zunehmenden Erhalt seiner eigenen Freiheit gegen Ende der Therapie, d.h. er möchte ohne jede Verpflichtung gegenüber ihm sein. Daher sollte er um die kontinuierliche Autonomiegewinnung des Klienten während des gesamten Therapieprozesses bemüht sein. Das schließt Gunstbezeugungen nicht aus. Nicht nur der Therapeut kann die Häufigkeit der Gunstbezeugungen lenken, auch der Klient kann die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, indem er lernt, Implikationen für künftiges Verhalten abzubauen. Ein hilfreicher Gedanke kann dabei sein: "Nur dieses eine Mal".

Es wird häufig postuliert, besonders seitens der Verhaltenstherapie, der Therapeut solle dem Klienten bei speziellen Übungen ein



Vorbild oder Modell sein. Im Prinzip ist anzunehmen, daß die Anwendung dieser Technik (Bandura, 1969) zwar funktioniert, jedoch sind auch die Gefahren der Reaktanzerregung abzuwägen. Hier ist das zu demonstrierende Verhalten von anderen Verhaltensweisen zu isolieren, um so Implikationen für künftige Freiheiten zu verringern. Außerdem sind die Faktoren des sozialen Einflusses, wie das Prestige des Therapeuten, ggf. so herabzuspielen, daß eine Reaktanzerregung vermieden werden kann. Neben dem Modelllernen kann ebenso die verhaltenstherapeutische Technik der "positiven Verstärkung" Reaktanz auslösen. Brehm (1980) nimmt an, daß positive Verstärkung zu Reaktanz führen kann, wenn durch die Belohnung die Freiheit der betreffenden Person bedroht wird, ein Alternativverhalten, das nicht belohnt wird, zu praktizieren. Es ist darauf zu achten, dem Klienten möglichst lange die Freiheit zuzugestehen, ein Alternativverhalten zu praktizieren, wenn es den Therapiezielen nicht vollends entgegensteht.

Bowers erbrachte beim Kongress der American Psychological Association (1971) einige Beweise für die Richtigkeit o.g. Annahmen zum Umgang mit Reaktanzeffekten. Seine Vorgehensweise stützt sich auf die attributionstheoretische Analyse von operanten Konditionierungsmethoden. Er demonstriert in der Hauptsache paradox - unerwünschte Effekte, die u.a. der Unwissenheit der jeweils praktizierenden Therapeuten zuzuschreiben sind.

Wenn ich am Ende des Kapitels 2.4.10. die Auffassung vertrat, der Therapeut solle dem Klienten die vorgenommenen Manipulationen mitteilen, so stimmt dieser Gesichtspunkt durchaus mit den eben genannten Forderungen überein; denn um die Erregung von Reaktanz im Falle von Belohnungen zu verhindern, sollte die Person, die eine Belohnung in Aussicht stellt, ihre Absicht und die Funktion



dessen, das Verhalten des anderen Menschen zu beeinflussen, auf psychologisch geschickte Weise kundtun, jedoch nicht gänzlich verschweigen oder zu direktiv ausdrücken.

Die klinischen Anwendungen der Reaktanztheorie setzen sich gewiß aus vielen Einzelaspekten zusammen, im wesentlichen werden aber nur drei Themen behandelt:

1. die Reaktanztheorie im Hinblick auf die therapeutische Überredung des Klienten/Patienten, wobei negative Wirkungen der Überredungs-Kommunikation besprochen werden,
2. die Auswirkungen, welche die soziale Abhängigkeit des Behandelten auf die Interaktion der Therapeut - Klient Beziehung hat und
3. die möglichen negativen Effekte häufig verwendeter Techniken zur Förderung prosozialen Verhaltens (Verstärkung, Modelllernen).

Es ergaben sich zahlreiche konkrete Handlungsweisen für den Praktiker, die dazu dienen, unerwünschte Reaktanzeffekte zu verhindern oder zumindest unwahrscheinlicher zu machen.

### 3.2.1. Paradoxe Effekte und Reaktanzerregung

An den Anfang möchte ich die Hypothese stellen, daß ein Klient bei erhöhter, sich günstig auswirkender Aktivität des Therapeuten auf ihn entsprechend empfänglicher für Beeinflussungsversuche wird. Sie leitet sich aus der alltäglichen Beobachtung ab, daß Menschen, die sich attraktiv finden, eher bereit sind, Kom-

promise und sogar längerfristige gruppenähnliche oder dyadische Beziehungen einzugehen, als wenn die "Attraktivität" gering wäre.

Ist nun aber eine durch den Klienten wahrgenommene hohe Attraktivität des Therapeuten in jedem Fall günstig für dessen Genesung? Die erste Antwort darauf geben Brehm & Mann (1975), die betonen, daß die Attraktivität, die ein Mensch auf einen anderen ausstrahlt, auch als Druckmittel wirken kann, diesen zu seiner eigenen Meinung zu bekehren. Es wird im allgemeinen ein aversives Gefühl erzeugt, wenn man einem sympathisch - attraktiven Gegenüber widerspricht. Durch Attraktivität kann sozialer Druck zur Konformität erzeugt werden, wodurch wiederum Reaktanz ausgelöst wird. Die Paradoxie besteht darin, daß ein Therapeut, der von seinem Klienten besonders im positiven Sinn geschätzt wird und der diesem Klienten eine, wie er glaubt, für ihn wichtige Handlungsweise ausdrücklich empfiehlt, unter Umständen damit rechnen muß, weniger erfolgreich zu sein als ein anderer Therapeut, der einem Klienten, von dem er nicht als so sympathisch - attraktiv empfunden wird, den gleichen Rat gibt. Die Implikationen aus der Studie benennen Brehm & Mann (1975) den "sleeper - effect". Der tatsächliche Therapieerfolg stellt sich nämlich häufig gerade in dem Zeitraum ein, in dem die Therapie unterbrochen oder beendet wird. Eine mögliche Erklärung wäre es, anzunehmen, daß durch die innerhalb der Verhaltensanweisungen erzeugte Reaktanz zur Resistenz gegenüber Veränderungen geführt hat und diese sich daher erst in einem Zeitabschnitt der Selbständigkeit vollzieht. Veränderungen, die ohne jegliche therapeutisch erzeugte Reaktanz eintreten, sind allerdings zunächst ungerichtet. Das bedeutet,

der Klient wird sich zwar gerade dann umso eher verändern, jedoch ist eine Symptomverschlechterung eben durch diesen Alleingang denkbar, da viele klinische Störungen mit einem Verlust der Kontrolle einhergehen (Zwänge, Phobien, Depressionen). Verbleibt der Klient dann in seinem Alltagsleben, hat der Therapeut ebenfalls keine Kontrollmöglichkeit über die weitere Entwicklung der Störung. Daher ist es für den Therapeuten besonders wichtig, die Reaktanzerregung bereits innerhalb der Therapiephase auf ein gerade noch für notwendig befundenes Minimum zu reduzieren.

Von Seiten des Fachmannes ist zu überlegen, dies ist ein weiterer Aspekt, warum er sich um eine absolut strenge Befolgung bestimmter Regeln gegenüber seinem Klienten bemühen sollte, da ihn dieser im Rahmen der Therapie in freier Praxis für nur 1-2 Stunden/Woche aufsucht und die restlichen 166 Stunden/Woche seinen Einfluß nicht direkt geltend machen kann. In dem Überwiegenden Zeitraum ist der Klient auf sich selbst gestellt oder unter anderen Nicht - Therapeuten, wobei mit allen erdenklichen Verhaltensmöglichkeiten zu rechnen ist. Diese können von ihm bestenfalls in die nächste Sitzung eingebracht werden, falls es der Klient wünscht.

In nahezu jeder Therapieform werden neue, alternative Verhaltensweisen eingeführt. Es ist, oberflächlich gesehen, nicht zu vermuten, daß durch die Einführung von neuen attraktiven Freiheiten eine Person Reaktanz empfinden kann. Gerade aber, weil die Handlungen neu, attraktiv sein mögen, sind sie in vielen Fällen gleichzeitig umso eher mit Angst vor dem Ungewissen besetzt, ge-

rät die betroffene Person in Druck, diese zu übernehmen (Brehm & Rosen, 1971), was meist unter Verzicht auf die alten, etablierten Freiheiten geschieht. Wie läßt sich in einer derartigen Situation die Reaktanz so reduzieren, daß zwar neue Freiheiten gewonnen werden können, ohne daß dabei die alten Freiheiten in neuem, attraktivem Licht erscheinen? Eine Strategie besteht darin, sicherzustellen, daß die Freiheiten, alte Verhaltensweisen zu praktizieren, durch die Erwägung von und durch Versuche mit neuem Verhalten nicht bedroht werden. Dem Klienten wird dadurch eine Erleichterung zur Veränderung und gleichzeitig eine Reaktanzverminderung gewährt, wenn er sich frei fühlt, selbst in der Therapie alte, problematische Verhaltensweisen zu praktizieren. Damit ist nicht nur die paradoxe Verhaltensverschreibung gemeint, wie sie etwa Watzlawik (1982) vorschlägt. Ein derartig direktes Ansprechen der Freiheit auch alte Verhaltensweisen ausüben zu dürfen, ist nicht unbedingt nötig. Es sollte lediglich sichergestellt werden, daß den Klienten keine Bestrafung oder negative Verstärkung erwartet, falls er trotz des Therapeutenratschlages wieder in "unerwünschtes" Verhalten zurückgefallen ist. Die geringste Gefahr einer Reaktanzerregung besteht dann, wenn die neuen Verhaltensweisen, deren Ausübung mit Ängsten und Widerständen verbunden sein mag, den alten gleichen, d.h. zunächst zahlreiche identische Bedürfnisse befriedigen.

Bei einigen Störungsbereichen ist diese Praktik allerdings schwer zu erfüllen, weil das Zielverhalten streng in die Gegenrichtung weist. Hier ist ein gestuftes Vorgehen ratsam (vgl. Beck, 1986, zur Behandlung der "neurotischen Depression").

Nicht jede Ursache der Reaktanzerregung ist so eindeutig und

direkt auf das therapeutische Geschehen zu beziehen. Es gibt ebenso indirekte Ursachen der Reaktanz, die sich teilweise dem Einfluß des Therapeuten entziehen. Das Wissen um sie ist deshalb von Wichtigkeit, um Fehlinterpretationen und unangebrachte Handlungen zu vermeiden, sollten dem Psychotherapeuten ihm unerklärliche Verhaltensweisen beim Klienten auffallen.

### 3.3. Indirekte Verursachungen der Reaktanzerregung

Es besteht die berechtigte Befürchtung, daß sich viele Einflüsse außerhalb der Therapie auf den Klienten negativ auswirken können. Wir dürfen nun nicht annehmen, der Klient werde diese Erlebnisse ohne weiteres in die therapeutische Beziehung hineintragen. Besonders dann nicht, wenn man bedenkt, daß das weitere Bestehen der Störung oder die Wiederaufnahme zu Störungseinflüssen im Alltag meist mit primärem oder sekundärem Krankheitsgewinn verbunden ist. Der bisherige Verlauf der Therapie bestimmt entscheidend, welche Art von Implikationen der Klient aufgebaut hat, die eine bestimmte Handlung seinerseits für künftiges Verhalten haben. Für den in diesem Fall "desorientierten Helfer" entsteht dann eine erschwerte Situation, wenn selbst nach gründlicher Abklärung mit dem Klienten keine nennenswerte, von ihm erlebte Bedrohung der Freiheit, das zuvor benannte Verhalten zu wählen, entdeckt wird.

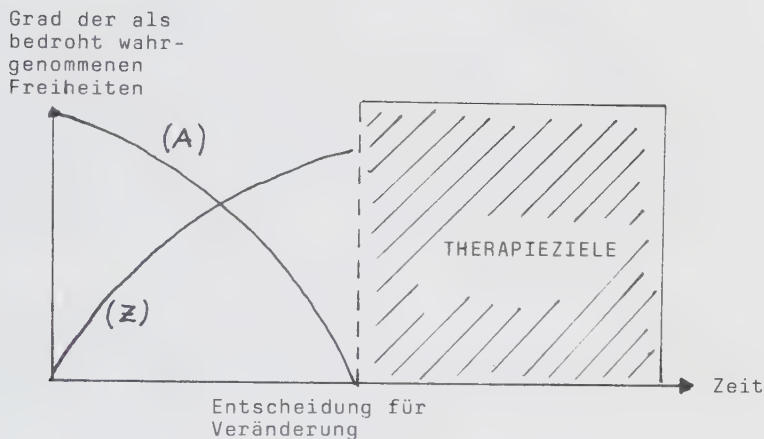
Eine Untersuchung von Worchel (1972) läßt vermuten, daß der Ursprung einer solchen Verhaltensweise in dem zu suchen sein kann, was der Klient kürzlich beobachtet hat. Reaktanz kann demnach

in einem Individuum sogar dann erregt werden, wenn es zusieht, wie die Freiheit einer anderen Person bedroht wird. Laut den Grundprinzipien der Reaktanztheorie muß lediglich die beobachtete Person für denjenigen von Bedeutung sein und die Reaktanz wird indirekt durch Identifikationsprozesse ausgelöst oder die bedrohte Freiheit muß an sich für den Beobachter von wesentlicher Bedeutung sein. In diesem Wissen um jene Möglichkeit der "stellvertretenden Reaktanzerregung" tut der Therapeut gut daran, die Ursachen des Auslösungsprozesses zu explorieren. Dabei kann es hilfreich sein, dem Klienten die Reaktanzprinzipien zu erklären. Es gibt wahrscheinlich keine Möglichkeit, indirekte Reaktanzerregungen sicher zu vermeiden, aber es gibt Mittel, Reaktanz ohne weiteren negativen Einfluß auf das Verhalten des Klienten zu reduzieren.

Ebenso hintergründig und unerwartet wie die indirekte Erregung negativer Effekte sind plötzliche Veränderungen. Sie können den Therapeuten dazu zwingen, das gesamte Konzept der Behandlungsplanung zu modifizieren. Wicklund (1974) vermutet, daß eine derartige plötzliche Verhaltensänderung ebenfalls im Rahmen der Reaktanztheorie erklärt werden kann. Mit dem Näherrücken der Entscheidung treten diese Bedrohungen immer mehr in den Vordergrund, und die gefährdeten Freiheiten gewinnen an Bedeutung. Gleichzeitig kommt es zu erhöhter Reaktanz, die in einer plötzlichen Verhaltensänderung gipfeln kann. Die Folge ist, daß nun eine anfangs weniger beliebte Alternative anstelle jener bevorzugt wird, der die ursprüngliche Vorliebe galt. Die folgende Abbildung 7 stellt diesen Vorgang in parametrisch - zeitlicher

Perspektive dar:

Abbildung 7: Veränderungsreaktanz



(A): altes, problematisches Verhalten

(Z): neues Zielverhalten

Eine Möglichkeit zur Entscheidungsfindung besteht darin, die Differenzen zwischen den Entscheidungsalternativen zu vergrößern. Der Therapeut kann die positiven Aspekte der einen Alternative (Z) und die negativen Aspekte der anderen Möglichkeit (A) hervorheben. Der Klient muß sich dann zwangsläufig darüber klar werden, daß er eine Entscheidung fällen muß: denn keine Entscheidung, ist eben auch eine Entscheidung.

### 3.4. Möglichkeiten der Reaktanzverminderung in der klinischen Praxis

Es bleibt vorläufig aufgrund der voneinander unabhängigen Untersuchungen unbestreitbar, daß Reaktanz als unerwünschter Therapieeffekt zu beobachten und die Reaktanzverminderung als therapeutische Aufgabe zu definieren ist. Was ein Therapeut tun kann, dazu beizutragen, ist zum einen, daß er dem Klienten das Gefühl vermittelt, es stünde ihm frei, bedrohte Verhaltensweisen zu wählen. Darüber hinaus läßt sich aus den bisherigen Überlegungen zur "indirekten Reaktanzerregung" die Hypothese formulieren, daß man dadurch die Reaktanz vermindern kann, daß der Klient eine andere Person beobachtet, die im Begriff ist, ihre Freiheit wieder herzustellen. Die experimentelle Verifizierung dazu wurde 1971 von Worchel & Brehm vorgenommen. Der Therapeut kann dieses Ziel seines Klienten indirekt durch dessen Interaktion mit einem Dritten erreichen. Dieser muß allerdings eine wichtige Rolle im Leben des Klienten spielen (z.B. Ehegatte). Setzt man die Kooperationsbereitschaft dritter Personen voraus, verfügt man damit also über ein realistisches Mittel, Reaktanz zu reduzieren. Die Situation kann in sensu oder in vivo (Rollenspiele) eingeübt werden.

Einen weiteren Weg eröffnet die Anwendung der Attributionstheorie: Worchel & Andreoli (1974) reduzierten die Reaktanz ihrer Versuchspersonen, indem diese das Reaktanz induzierende Verhalten einer anderen Person auf situationsbedingte statt auf persönliche Ursachen attribuierten. Es ist wichtig, daß der



Klient am Entscheidungsprozeß teilhat. Dieses gilt sowohl für Gruppensituationen als auch für die therapeutische Dyade (Grabnitz - Gniech, 1971). In Kapitel 2.4.9. habe ich eben diese spezielle Beziehung als Kompromiß gegensätzlicher Prinzipien aufgegriffen. Es liegt nahe, daß der Klient nicht einfach von sich aus dazu bereit ist. Vielleicht wird er dann eher fähig dazu, auf seine Freiheit, einen gegenteiligen Standpunkt einzunehmen oder eine alternative Haltung vorzunehmen, zu verzichten, wenn er damit den Fortbestand einer positiven Beziehung zu seinem Interaktionspartner sichern kann. Wenn andererseits die strittigen Punkte von großer Bedeutung sind, lassen sich Reaktanzeffekte kaum vermeiden. Es ist sogar möglich, daß sie wegen der Implikationen für künftiges Verhalten in der relativ langfristigen therapeutischen Dyade verstärkt werden.

Im Mittelpunkt dieses Kapitels standen einige unerwünschte therapeutische Ereignisse, deren Verständnis mittels einer anwendungsbezogenen Darstellung der Reaktanztheorie erleichtert werden sollte, wie auch die Möglichkeiten zur Minimalisierung von Reaktanzeffekten. Scheinbar paradoxe Vorkommnisse wurden in Bezug auf

- 1) den Einfluß der Therapie in Abwesenheit des Therapeuten
- 2) die Einflüsse der Attraktivität des Therapeuten und
- 3) die Einführung neuer Verhaltensweisen beim Klienten beschrieben.

Über dies wurden damit Methoden bereitgestellt, mit denen die Ereignisse zugunsten des Klienten genutzt werden können. Die merkwürdigen konkreten Interventionen für jeden Therapeuten zur Reaktanzminderung sind:

- das Wissen um die dargestellten Ursachen und Effekte zur Anwendung der Reaktanztheorie auf die klinische Praxis,
- ggf. die Wissensvermittlung der Reaktanztheorie an den Klienten als Weg zum besseren Selbstverstehen,
- das Praktizieren persuasiver Kommunikation unter o.g. Voraussetzungen
- der Therapeut sollte darauf hinarbeiten, seine Intentionen zu ändern, zu mildern oder wenigstens gegenüber dem Klienten psychologisch geschickt zu äußern,
- versichern, daß in Zukunft keine ähnlichen Versuche der Überredung zu erwarten sind,
- direkte Aufforderung des Therapeuten, wie etwa: "Probieren Sie es einmal, es wird Ihnen gefallen", (die Vorteile neuen Verhaltens und gleichzeitig die Nachteile der Ausübung des alten betonen),
- explizieren, daß keine Entscheidung auch eine Entscheidung ist.

Ein mit der Reaktanz verwandtes Phänomen, der "Widerstand", soll im Anschluß diskutiert werden. Beide Begriffe haben in der zu-meist vorgefundenen Literatur gemein, daß sie eher nicht mit negativen Therapieeffekten in Verbindung gebracht werden und keinesfalls als Möglichkeit der Verursachung von Symptomverschlechterungen durch die Therapie angesehen werden. Hier wird unsere Aufgabe darin bestehen, das Widerstandskonzept auf die Ausgangsfragestellung dieser Arbeit bezogen zu analysieren.

### 3.5. Einführung in die Formen des als "Widerstand" bezeichneten Verhaltens

Der Begriff "Widerstand" läßt sich auf Sigmund Freud (1895) zurückführen. Im Verlaufe der psychoanalytischen Behandlung nennt man jedes beobachtbare und nicht - beobachtbare Verhalten "Widerstand", was sich dem Zugang zu unbewußten Konflikthaltungen dem Analysanden entgegenstellt. Freud führte den Begriff frühzeitig ein, weil ihm der massive Widerstand mancher Patienten legitim erschien, andererseits weder überwunden, noch gedeutet werden konnte.

"Wenn ein Kranker, der sich nicht gefügig zeigte, angeschrien wurde: Was tun Sie denn? Vous vous contresuggeriez, so sagte ich mir, das sei offenkundiges Unrecht und Gewalttat. Der Mann habe zu Gegensuggestionen gewiß ein Recht, wenn man ihn mit Suggestion zu unterwerfen versuche" (Freud, 1921, G.W. XIII, 97).

Freud macht der Suggestionstechnik " ... den Vorwurf, daß sie uns die Einsicht in das psychische Kräftespiel verhüllt, z.B. uns den Widerstand nicht erkennen läßt, mit dem die Kranken an ihrer Krankheit festhalten, mit dem sie sich also auch gegen die Genesung sträuben ..." (Freud, 1904, G.W., V, 18).

Diese Hindernisse suchte Freud zunächst durch Geduld und geschickte Überredung des Patienten zu überwinden. Später erst erkannte er im Widerstand ein Mittel, um den Zugang zum Verdrängten und zum Geheimnis der Neurose zu erlangen. Er modifizierte den Umgang mit Widerstand in vielfältiger Weise und betonte, daß es zur Aufhebung der Verdrängung gewiß nicht ausreiche, dem Patienten den Sinn ihrer Symptome mitzuteilen. Die eigentliche Veränderung ergibt sich erst mit der Akzeptanz der vom Analytiker angebotenen Deutungen und dem Durcharbeiten.

Widerstand kann jederzeit innerhalb der Behandlung auftreten, seine Analyse ist, neben der Analyse der Übertragungsprozesse, Kernstück der psychoanalytischen Behandlung.

Widerstand stellt sich demnach, aus Freuds Sichtweise (1912), als ein Kompromiß aus den zur Genesung zielenden und den ihr widerstrebenden Kräften dar, also Widerstand gegen Veränderung durch die Therapie an sich. Bereits in der frühen Phase der Psychotherapie rechnete man also mit Widerständen des Patienten gegen seine eigene Genesung. Widerstand beurteilten die Experten damaliger Zeit jedoch ausschließlich als Ausdrucksform neurotischer Merkmale der Patienten. Andere Ursachen werden nicht genannt.

Welche Formen des Widerstandes kennen wir aus unserem therapeutischen Alltag?

Nach Befragungen von Praktikern und eigenen Beobachtungen kommen für mich folgende Anzeichen für Widerstandsverhalten in Betracht: ständiges Vermeiden, Umgehen oder sprachlich gezwungenes Umschreiben bestimmter Themen, Verstöße gegen die Grundregeln und Vereinbarungen (Vertragsmanagement) in der Therapie, Vermeiden von Nachdenklichkeit und ruhigen Phasen, auffallend langes Schweigen ohne Kommentar, Inkongruenzen zwischen Inhalten und gleichzeitig vorhandenen Affekten, eventuell über mehrere Sitzungen anhaltender Smalltalk, Vermeidung von subjektiv bedeutsamen Problemverhalten, Gebrauch von Cliches, um emotionale Beteiligung zu vermeiden, scheinbares Vergessen von Material (hier

ist nicht direkt nachprüfbar, ob die Gedächtnisinhalte tatsächlich momentan nicht zugänglich sind, oder ob diejenige Person sich gegen deren Äußerung gegenüber ihrem Therapeuten wehrt), geringe Kooperationsbereitschaft bei Absprachen (z.B. Eigenarbeit in der Verhaltenstherapie), Gähnen des Klienten, motorische Unruhe (rutscht auf dem Stuhl hin und her, schnelle ruckartige Blickbewegungen), "Türpfosten-Bemerkungen" (Bsp. "Mal seh'n, ob das was bringt"), Bemerkungen am Sitzungsende (d.h. wenn kaum mehr Zeit verbleibt, um darüber in angemessen ausführlicher Weise zu sprechen), Zuspätkommen (häufig werden fadenscheinige Gründe dafür angegeben), Versäumen (der Klient ruft erst nach ein paar Tagen an und tut ganz verwundert, die Sitzung versäumt zu haben), scheinbar gelangweiltes Auftreten und auffällig häufiges Sich-Abfinden mit den Vorschlägen des Therapeuten.

Tölle (1982, S. 332) beschreibt die mit Widerstand einhergehenden Prozesse wie folgt: "Die Übertragung bietet dem Patienten also die Möglichkeit, frühere ungelöste Konflikte, insbesondere unbewältigte Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Erleben erneut aufzugreifen, nachzuerleben, mit dem Therapeuten durchzuarbeiten und in positiver Weise zu lösen. "Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten" heißt ein Aufsatz von Freud hierüber. Dem widersetzen sich aber eben unbewußte Kräfte; die Übertragungswiderstände. Sie äußern sich in der Auseinandersetzung mit dem Therapeuten, was Agieren genannt wird".

Gegenüber den klassisch psychoanalytischen Erläuterungen zum Widerstand ist hier die Annahme neuartig, daß Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten die Behandlung störend, d.h. für den Klienten negativ beeinflussen können (Auch Freud, 1895, hob in Ansätzen hervor, daß die Analyse nur soweit fortschreiten kann, wie es die Persönlichkeit des Analytikers zulasse. Er sparte je-

doch die konkreten Zusammenhänge zu Symptomverschlechterungen aus).

Letzter Gedanke wird in etwa auch von Tölle (1982, S. 333) ausgedrückt: "Die Analyse der Übertragungswiderstände, des Agierens und der Abwehrmaßnahmen macht einen wesentlichen und schwierigen Teil der psychotherapeutischen Arbeit aus. Seinerseits hat der Therapeut zu beachten, daß er in seiner Beziehung zum Patienten insofern ähnlich reagieren kann wie dieser ihm gege über, als auch er, in seinem Verhalten dem Kranken gegenüber nicht frei von ganz bestimmten, seiner (also des Arztes) Persönlichkeit zugehörigen Verhaltensweisen, die ihre Wurzel in seiner eigenen Wesenserfassung haben (Meerwein). Das nennt man Gegenübertragung. Sie kann die Behandlung empfindlich stören, wenn sie unerkannt und unkontrollierbar bleibt".

Wir werden nicht bei der ursprünglichen Bedeutung von "Widerstand" verweilen, da der Begriff hier vorrangig auf die Ausgangsfragestellung bezogen analysiert werden soll. Der Begriff ist in diesem Zusammenhang unpassend, d.h. er wird nicht synonym mit "Symptomverschlechterungen in der Therapie" verwendet. Warum nenne ich das näher zu differenzierende Phänomen dann trotzdem Widerstand? Der Grund hierfür ist mit der Fachliteratur bereits vorgegeben. Das Thema ist in fast jedem Buch zur Psychotherapie aufgeführt. Zum einen gelten die Erläuterungen der Ursprungsbedeutung aus der psychoanalytischen Terminologie und werden erst neuerdings auf andere Therapiekonzepte angewandt; zum anderen jedoch verbergen viele Autoren - dies ist keine Unterstellung einer bewußten Handlung - hinter dem Begriff eine Operationalisierung, die offenkundig werden läßt, daß damit auf keinen Fall nur Widerstand im klassischen Sinn gemeint sein kann, sie dieses aber derart benennen. Vielmehr geht es um problematische Situationen, um Schwierigkeiten, die entweder im Klienten oder in

seinem Therapeuten begründet sind. Hier wird Widerstand als unreflektierter und undifferenzierter Begriff mißbraucht. Da der fachkundige Leser mit Widerstand ganz spezifische Inhalte assoziiert, wird auch ihm dadurch der "Suchprozeß nach andersartigen Informationen" und die Reflektion über die tatsächlich auftretenden Effekte verhindert.

Was immer bislang mit Widerstand gemeint war, wurde meistens zu Lasten der Störung des Klienten gedeutet. Ist es aber ebenso vorstellbar, wie auch empirisch nachweisbar, daß der Klient nicht nur eine Hemmschwelle überschreiten muß, um die ihm innewohnenden Symptome aufzugeben, sondern vielmehr berechtigt Widerstand oder Widerwillen gegen die Vorgehensweisen und die Person des Therapeuten aufbaut? Vielleicht richtet sich sein Unbehagen gegen die Therapiemethoden oder gegen die von Therapeutenseite unbeeinflussbaren Faktoren, wie etwa sein äußeres Erscheinungsbild, sein Alter, Geschlecht, Kleidung u.s.w.? Widerstand kann vielseitige geno- und phänotypische Erscheinungsformen und Ursachen haben. Einige, die wir uns leicht vorstellen können, sind:

- Widerstand gegen Veränderungsziele, vor allem, wenn es um unmittelbare Konsequenzen geht (Bsp. Ziel: selbständig werden, Konsequenz: sich von den Eltern trennen),
- Auflehnen gegen die Mittel, die der Erreichung der Veränderungsziele dienen sollen (in der Verhaltenstherapie z.B. gegen die Durchführung der Eigenarbeit),
- Widerstand gegen bestimmte Interaktionsweisen in der Therapie (sie können therapeutenspezifisch sein),



- Widerstand gegen das Modell vom "Funktionieren" des Menschen (Abwehr gegen die Vorstellung, von undurchschaubaren Kräften bestimmt zu sein, die in der Person des Therapeuten repräsentiert sind).

Generell dürfte gelten: je beschränkter und weniger flexibel die Mittel in der Therapie sind, desto weniger ist Widerstand gegen diese Mittel zu erwarten. In anderer Hinsicht hat sich diese Annahme bereits in Kapitel II bestätigt. Damit habe ich versucht zu zeigen, daß Inflexibilität und eine stark begrenzte Konzeptualisierung zu negativen Therapieeffekten führen kann.

Ich schließe mich diesbezüglich den Worten S. Freuds (1912, S. 368) an: "Der Widerstand begleitet die Behandlung auf jedem Schritt: jeder einzelne Einfall, jeder Akt des Behandelten muß dem Widerstand Rechnung tragen. Von diesen unvermeidbaren Widerständen müssen jene, ihrem äußeren Anschein nach ähnliche Reaktionen unterschieden werden, die als Folgen von provokantem Verhalten des Analytikers begründetermaßen ausgelöst werden".

Genau um jene von Klientenseite begründet ausgelösten Widerstände oder Verweigerungen geht es hauptsächlich im Folgenden. Es sollen keine Schuldzuweisungen gemacht werden, sondern lediglich bislang nicht besonders sorgfältig beobachtete und beschriebene Aspekte des berechtigten Widerstandes gegen die Therapie und den Therapeuten differenziert analysiert werden, nicht gegen den Verlust des Symptoms oder des Krankheitsgewinns. Daher steht zu Beginn dieses Kapitels eben gerade keine herkömmliche Definition des "Widerstandsbegriffes", die den gängigen Assoziationen der Therapeuten dazu entspricht, sondern vielmehr das Bemühen um eine andere Sichtweise des Phänomens mittels eines neuartigen Ver-



ständnisses aus der Perspektive des Klienten. Blicke man ausschließlich bei der allseits bekannten Bedeutung des Begriffes, könnte Widerstand falsch oder unvollständig gedeutet werden.

Becker (in: Hemminger/Becker, 1985, S. 121), die selbst als "widerspenstige" Klientin innerhalb einer psychoanalytischen Behandlung galt, bezieht ihre nachfolgenden Gedanken auf den ihr unterstellten Widerstand, wie er von ihrem Analytiker gedeutet wurde: "... wäre die in der Gruppe gewonnene Erkenntnis für Vera Becker nicht nur nutzlos, sondern schädlich gewesen. Denn durch den Analytiker und durch die Gruppenmitglieder wurde sie davon überzeugt, daß ihr Heißhunger tiefere, verborgene Ursachen ganz anderer Art im Unbewußten habe. Diese Überzeugung und die ständige Suche nach unbewußten Gründen hinderten sie daran, direkte und gezielte Maßnahmen zur Lösung des Problems zu ergreifen, zum Beispiel indem sie sich an eine regelmäßige Ordnung der Mahlzeiten hielt und anderes mehr".

Die negativen und unmittelbaren Konsequenzen für den Klienten sind (wie obiges Fallbeispiel dokumentiert):

- 1) Der Fortbestand der Ausgangssymptomatik bzw. eine Manifestation im Sinne der Symptomverschlechterung und
- 2) Der Klient wird persönlich abgeschreckt von einer derartigen Behandlungsart, so daß er für etwaige weitere fachliche Maßnahmen - u.U. bei anderen Therapeuten - kaum oder gar nicht mehr zu gewinnen ist.

### 3.5.1. Das Erscheinungsbild des Widerstandes in der Psychotherapie

Welche Formen und welche Gestalt, der Widerstand annehmen kann, habe ich bereits erläutert. Wesentlich für die Widerstandsanalyse, wie sie zur Beantwortung der Ausgangsfragestellung bei-

trägt, halte ich, daß das Phänomen entsprechend perspektivisch neu gesehen und hinreichend klassifiziert wird. Zuerst könnte man sich bemühen, Darstellungen von Widerstand in der Literatur zu suchen, die einer kritischen Analyse, aus jener postulierten neuen Sichtweite heraus, entsprechen. Wie man sich vorstellen kann, existieren wenige solcher Beschreibungen. Typisch an den nachfolgenden Untersuchungen ist ihr gemeinsames Erscheinungsdatum. Beide Autoren veröffentlichten ihre Daten im Jahre 1984. Dies ist sicher ein Zeichen für die erst neuerdings zunehmend ins Interesse rückende ergänzende Sicht des Widerstandsbegriffes.

Die Therapeut - Klient Beziehung wird von den beiden Autoren als Ursprung des Widerstandes gesehen. Willis (1984) stellt den "hesitant patient" vor. Im Verlaufe seiner Ausführungen kommt er zu der Schlußfolgerung, daß der Prozeß des Widerstandes in der Psychotherapie aus der Interaktion zwischen einem Klienten, der, die sich selbst auferlegten Einschränkungen sowohl wertschätzt und benutzt als auch ablehnt und einem Therapeuten besteht, der ohne Unterlaß nach dem besten Weg des Helfens sucht. Der widerstrebende Klient ist oft wegen eines Gerichtsbeschlusses in der Therapie oder wegen des Bedrängens seitens der jeweiligen Lebenspartner bzw. Eltern. Das andere Extrem ist der relativ unabhängige Klient, dessen intrinsische Motivation, freiwillig in der Therapie zu sein, nicht vereinbar mit dem therapeutischen Kontext und zudem gegensätzlich zu den Motiven des Therapeuten ist. Willis (1984) beschreibt damit, so meine Erfahrungen, eher eine Ausnahmesituation, die nicht repräsentativ für das sogenannte "berechtigte" Widerstandsverhalten des Klienten ist.

Coopersmith (1984) berichtet die nicht seltene Situation, daß Patienten damit drohen, die Therapie beenden zu wollen. Er diskutiert die möglichen Ursachen der vorzeitigen Beendigung, speziell, daß die vom Patienten geäußerte Bedrohung einen Widerstand verkörpert, der sich gegen das zunehmend als negativ empfundene therapeutische Bündnis richtet. Er verifiziert mit empirisch angelegten Maßstäben und Methoden die Hypothese, daß ein Patient, der konstant mit dem Abbruch droht, unter dem Einfluß intensiver Ängste steht. Diese werden durch die therapeutisch interpersonelle Interaktion provoziert und eskalieren. Er leitet aus seinen Beobachtungen die Konsequenz ab, daß der Therapeut seine eigenen Aggressionen und andere negativen Gefühle äußern soll, indem er den Patienten anklagt, er solle sich nicht der Behandlung entziehen und versuchen wegzulaufen. Hier muß wohl einschränkend die Gefahr massiver, eventuell ungewollter, Beeinflussung bedacht werden. Somit ergibt sich auf beiden Seiten ein hohes Risiko für das Auftreten extremen Verhaltens entweder in Richtung "Therapiekonformität" oder "vorzeitiger Therapieabbruch". Letzteres hat bekanntermaßen eine schlechte Prognose für weitere Behandlungen zur langfristigen Konsequenz, selbst wenn der künftige Therapeut sehr gut intervenieren wird, da negative Vorerfahrungen mit psychotherapeutischen Einrichtungen, gleich welcher Art, die Wahrscheinlichkeit für Behandlungserfolge verringern (vgl. Kap. II).

Coopersmith (1984) nennt mehrere Beispiele für die durch Widerstände herbeigeführten Schäden, um zu illustrieren, auf welche nachhaltige Art und Weise paranoide Ängste sowohl den Patienten

wie auch den Therapeuten gefühlsmäßig verändern können. In diesem Fall wird der Widerstand als das Ergebnis fehlgesteuerten Kommunikationsverhalten beurteilt. Das ist jedoch nur ein Variablenkomplex von vielen, der ursächlich für den berechtigten Widerstand des Klienten in Betracht gezogen werden muß. Der nachfolgende Inhalt ist daher darauf ausgerichtet, andere Quellen des Widerstandes aufzuzeigen, um anschließend deren Prävention bzw. Analyse vornehmen zu können. Die von Coopersmith (1984) vorgeschlagenen Gegenmaßnahmen halte ich teilweise für gefährlich und nicht empfehlenswert, da die Äußerung von Aggressionen sehr aversiv auf den Klienten wirken und ihn fortan in seiner Genesung behindern könnte. Dies gilt besonders, wenn man bedenkt, daß die Erwartungen des Klienten eher positiv verstehende und anleitende Verhaltensweisen auf der Therapeutenseite implizieren als jene offen - konfrontativen Manöver, die den Klienten wahrscheinlich Überfordern.

Die Klientenmotivation, so zeigte es sich wiederholt, stellt ein bedeutendes Kriterium zur Vorhersage des Therapieerfolges dar. Diese kann, so auch meine, aus der allgemeinen Psychologie abgeleitete Meinung, nicht gleichzeitig mit Widerstand auftreten, ebenso wie "Angst" und "Entspannung" zwei gegensätzliche Paradigmen sind. Kap. 3.6. und 3.7. dienen der näheren Differenzierung der Erscheinungsbilder und praktisch herbeigeführten Situationen, in denen sich Widerstand zeigt. Erst anschließend wird die kritische Analyse anhand der Widerstandskonzepte in verschiedenen Hauptströmungen heutiger Psychotherapieschulen erfolgen.

### 3.6. Motivation und Widerstand - zwei gegensätzliche Paradigmen?

Motivation ist hier nicht bloß als Antrieb zur Aktivität, sondern im positiven Sinn spezifisch zu verstehen, als die Bereitschaft zur kooperativen Mitarbeit in der Therapie. Das bedeutet, der Klient ist dazu bereit, kurzfristig aversive Umstände auf sich zu nehmen (Probleme besprechen, Konfrontationen mit Ängsten, riskante Neuerfahrungen machen), um mittel- und langfristig positive Konsequenzen zu erreichen. Darunter ist eine Verringerung der Probleme, deren verbesserte Bewältigung und ein erhöhtes Kompetenz - Vertrauen in die eigenen Potentialitäten zu verstehen. Dieser Gegensatz zwischen kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen ist geeignet, gerade zu Beginn die Mitarbeit zu gefährden. Hat der Klient erst einmal eine Motivation zum relativ widerstandslosen Veränderungsprozess aufgebaut, ist ein wertvoller Grundstein zur erfolgreichen Therapie gelegt. Lerntheoretiker haben die sich auf die Motivation in der Anfangsphase ungünstig und günstig auswirkenden Faktoren zusammengestellt. Zimmer (1983, S. 90) nennt diese wie folgt:

Ungünstig wirken sich aus:

- Angst vor Veränderungen
- Resignation aufgrund mißglückter Lösungsversuche
- Ein oder mehrere mißlungene Therapien
- Stark externale Attribuierung
- Kein klares Maß von Änderung und Änderungsbedingungen vorhanden
- Starker primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn, (also Aufrechterhaltung der Störung durch positive oder gar gleichzeitig

positive und negative Verstärkung)

- Fehlen eines alternativen Verhaltensrepertoires

Dementsprechend wirken sich günstig aus:

- Hoher Leidensdruck (Motiv für Veränderung und ein hoher Anteil eigener Arbeit daran)
- Hoffnung auf Änderung / positive Therapie - Erwartung
- Akzeptierung des Therapeuten als vertrauenswürdigen Experten
- Akzeptierung eines Therapiekonzeptes, das hohe Eigenbeteiligung des Klienten vorsieht (Arbeitshaltung grundsätzlich vorhanden)
- Aufrechterhaltung des Symptoms eher durch negative Verstärkung als durch positive

Die meisten der genannten Variablen sind dem Leser inzwischen durch ihre spezielle Bedeutung zur Vorhersage für den Therapieerfolg bekannt. Die Herstellung der Motivation setzt also einen bedeutsamen Akzent bereits auf den Beginn jeder Therapie. Sie äußert sich im positiven Sinn z.B. in der freiwilligen Bereitschaft zur Mitarbeit. Im negativen Sinn könnte man sie auch Widerstand nennen, der sich im Gegenteil dessen zeigt, also in subtilen Vermeidungsreaktionen. Sie unterscheiden sich im beobachtbaren Bereich nicht von den unter "Erscheinungsformen des Widerstandes" genannten Daten. Mit dem Wort "subtil" deutet Davidson (1973) auf die Notwendigkeit einer exakten inhaltlichen Widerstandsanalyse hin, um ein ausreichendes Verständnis des Verhaltens zu bekommen.

Die Indikation und Durchführung von Widerstandsanalysen wird in

Kap. 3.9. erläutert. Hier geht es zunächst um die Frage: Welche Faktoren können dafür verantwortlich sein, daß ein Klient/Patient nicht motiviert ist, bzw. Widerstand empfindet? Im Wesentlichen fallen folgende drei Bereiche auf:

#### 1) UMWELT UND BEZUGSPERSONEN

Die operante Aufrechterhaltung der Symptome ist häufig damit verbunden, daß Angehörige davon profitieren. Insofern bedeutet eine baldige Symptombesserung des identifizierten Klienten etwas "Negatives" für sie.

Ein Beispiel hierfür ist die Ehefrau, deren Mann an einem Selbstsicherheitstraining teilnimmt, von welchem auch sie Vorteile hat. Ebenso können dem Lernfortschritt ungünstige Faktoren im Wege stehen, die in Umweltfaktoren begründet sind, wie z.B. negative Arbeitsatmosphäre im Beruf, Lärmbelastung etc... .

#### 2) THERAPEUTENMERKMALE UND THERAPIEPLANUNG

Der Therapeut kann unerfahren und unsicher sein, zu wenig oder zu stark strukturierend vorgehen und sich zu wenig an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Klienten orientieren. Die Gefahr seiner Projektionen ist an dieser Stelle groß. Hinsichtlich der Ziele kann die Durchschaubarkeit nicht ausreichen. Eine zu straffe und vorschnelle Planung kann Gegenkontrolle provozieren. Er mag zu wenig Vertrauen ausstrahlen, seine therapeutischen Methoden unglücklich auswählen oder gute Methoden zu einem ungünstigen Zeitpunkt anbringen oder die Methoden aufgrund ungenügend didaktischer Fähigkeiten ungeschickt vermitteln. Es ist denkbar, daß er selbst mit den anstehenden Problemen und Zielverhaltensklassen Schwierigkeiten hat (Kindererziehung, Partnerschaft, Depres-



sionen, vgl. Kap. 2.5.).

### 3) KLIENTENMERKMALE IN WECHSELWIRKUNG MIT PROFESSIONELLER THERAPIE

Er mag das Ziel nicht einsehen oder sich in seinen Problemen nicht verstanden fühlen, dem Therapeuten oder der Institution nicht trauen, die Planung oder die Methoden nicht verstehen oder auch - evtl. berechtigterweise - nicht gutheißen. Die einzelnen Schritte können als Überforderung erlebt werden. Gelegentlich ist das Hilflosigkeits - Verhalten ("Ich kann nicht") operant verstärkt worden. neben den Änderungs - Ängsten bestehen Kontroll - Ängste vor dem Einfluß anderer.

Sehr anschaulich haben Caspar & Grawe (1982) beschrieben, wie aus konfligierenden inneren Plänen ein interpersoneller Konflikt werden kann. Ein Klient faßt den Plan, sein Problem zu ändern und in Therapie zu gehen, handelt aber ansonsten (im täglichen Leben) nach dem Plan: "Wehre Dich gegen jede Beeinflussung". Der erste Plan führt in die Therapie (hohe Motivation), der zweite hingegen spricht gegen sie (Widerstand). Mit der Aufnahme der Therapie sinkt bei vielen Klienten der Veränderungsdruck erst einmal ab, denn auf den ersten Blick haben sie nachweislich etwas dafür getan, daß sich ihr unbefriedigender Zustand ändert. Nun, so denken sie, ist es die Aufgabe des Therapeuten, etwas zu tun, um ihren Zustand weiterhin zu ändern. Gleichzeitig besteht der interaktionelle Plan des Klienten: "Wehre Dich gegen jede Beeinflussung". Sein ursprünglich interner Entscheidungskonflikt ist damit zu einem interpersonellen Konflikt geworden.



Wir können sogar im durchschnittlichen Fall davon ausgehen, daß die Motivation des Klienten eigentlich vorhanden ist, wobei er gleichzeitig von Faktoren belastet ist, die ihm eine wirkliche Veränderung erschweren. Durch die aufgelisteten Einflußfaktoren des Therapeuten (vgl. unter 2) wird die eigene Motivation geschwächt und der Widerstand und das Mißtrauen nehmen zu. Motivation und Widerstand hat man sich demnach nicht als zwei gegensätzliche Paradigmen vorzustellen, sondern vielmehr als Antagonisten, die immer beide gleichzeitig zu unterschiedlich großen Anteilen vorhanden sind: ist die Motivation erhöht, wird der Widerstand automatisch gering sein et vice versa. Für die Therapie gilt, die den Widerstand erhöhenden und die die Motivation senkenden Faktoren fallspezifisch zu trennen und Gegenmaßnahmen zu ergreifen (vgl. Kap. 3.8.3. u. 3.9.).

### 3.7. Behandlung unter äußerem Zwang / die Rechte des Klienten

Eine ausführliche Behandlung der Frage mit Einbeziehung der unfreiwilligen Einweisung in eine psychiatrische Anstalt würde hier zu weit führen. Daher werde ich nur Stellung beziehen zu einer seitens der Bezugspersonen des Klienten erzwungene Therapie oder auch eine von Seiten der Rechtsprechung angeordnete Maßnahme als Ersatz für eine Gefängnisstrafe.

In ihren Grundzügen ist diese Situation schon offensichtlich therapeutisch unglücklich angelegt und politisch, sowie ethisch ebenfalls fragwürdig. Wie in Kap. 3.6. gezeigt werden konnte, bestehen sogar bei den motiviertesten Klienten verborgene Wider-

stände gegen die Beeinflussung mittels einer Behandlung. Wie erheblich muß dann erst der Widerstand sein, wenn diese innere Motivation noch nicht einmal vorausgesetzt werden kann?

Nicht selten beeinflussen zusätzliche, andere belastende Faktoren den Therapieprozeß negativ. Ein von Kovel (1984) hervorgehobener positiver Grundsatz ist die Verschwiegenheit des Therapeuten. Er nennt Beispiele dafür, daß Psychoanalytiker lieber ins Gefängnis gegangen sind, als Mitteilungen weiterzugeben, die ihnen in der Behandlung von Klienten gemacht wurden. Kovel kritisiert 1) die Verhaltens- und Lerntherapien, da sie leichtfertig mit der Vertraulichkeit umgehen und 2) deren spezielle Handhabung innerhalb einer Klinik. Gerade dort entsteht oft ein Konflikt zwischen dem öffentlichen Charakter der Institution und der privaten Atmosphäre dieser Behandlungsform. Der Konflikt wird dann besonders akut, wenn sich der behandelnde Therapeut noch in der Ausbildung befindet und er fortwährend persönliche Details mit seinem Ausbilder besprechen muß.

Vertraulichkeit ist deshalb so äußerst wichtig in einer äußeren Zwangssituation, weil sie Demjenigen wenigstens noch die Möglichkeit läßt, Gewißheit darüber zu haben, daß er ohne Bedenken seine Gedanken und Gefühle über seine schlechte Situation äußern darf, ohne daß er mit negativen Konsequenzen rechnen muß, die er anschließend von Außenstehenden (Angehörigen, Freunden) erfährt.

Andererseits bieten diese Ausbildungszentren oft eine gute Behandlung zu niedrigen Kosten; auch darin spiegelt sich eine grundlegende Ungerechtigkeit unseres derzeitigen Behandlungssystems wieder. In jedem Fall jedoch hat der Klient oder Patient

das Recht, darauf zu bestehen, daß sich alle Beteiligten um ein Höchstmaß an Vertraulichkeit bemühen.

Zu erläutern, welche Rechte der Behandelte hat, ist auch wichtig im Hinblick auf das Ziel seiner eigenen Wissenserweiterung und Bewußtheit gegenüber Einrichtungen, denen er sich sonst nur hilf- und rechtlos ausgeliefert fühlen kann. So hat er das Recht, über die Voraussetzungen und Methoden der geplanten Behandlung informiert zu werden, damit er sich entscheiden kann, ob er die Ansichten des Therapeuten über die Behandlungsziele teilt.

Die Bedeutung diskrepanter Erwartungen an die Therapie ist bereits in Verbindung mit der Vorhersage eines Therapieerfolges (Kap. II) empirisch belegt. Der Klient muß das Bewußtsein behalten, daß er die Behandlung jederzeit selbst abbrechen kann, was zudem zur Reaktanzverminderung beiträgt (Kap. 3.2.).

Darüber hinaus muß sich der Klient auch vergegenwärtigen, inwiefern seine Rechte begrenzt sind. Nach Kovel (1984), der hier stellvertretend für andere Kollegen steht, ist der Klient nicht berechtigt, den Therapeuten zu einer Abweichung seiner Rolle zu zwingen, die er für sich gewählt hat; jedenfalls nicht, solange sie legitim ist, d.h. mit einer gängigen Lehrmeinung und begründbaren Annahme vertretbar ist. Denn jede Therapie folgt einer bestimmten Theorie und verlangt vom Therapeuten ein gewisses Rollenverhalten, daß er dann den Therapiezielen anpassen muß. Der Widerstand eines Klienten äußert sich in der Regel darin, den Therapeuten zur Veränderung zu bringen, indem ihn der Klient direkt oder subtil und indirekt auffordert, flexibler oder nachgiebiger zu sein. Aber die Behandlung kann nur Erfolg haben, wenn

die Nachgiebigkeit und Flexibilität innerhalb bestimmter Grenzen bleibt. Über diese Grenzen sollte man mit dem Betroffenen zwar durchaus diskutieren, aber der Therapeut muß seinerseits das Recht haben, sie aufrechtzuerhalten, wenn er das für notwendig hält.

Nach diesen eher knapp formulierten Überlegungen zur Behandlung unter äußerem Zwang und der Vermittlung der Klienten- und Therapeutenrechte, soll wieder auf das Widerstandsphänomen im engeren Sinn eingegangen werden. Wie bereits im ersten Kapitel festgestellt, besteht eine nachweisbare Differenz zwischen den theoretischen Annahmen für therapeutisches Handeln in den verschiedenen Therapierichtungen und dem, was tatsächlich in psychotherapeutischen Sitzungen geschieht. Daraus begründet sich, daß Therapieeffekte nicht eindeutig nach Therapieschulen abgrenzbar darzustellen sind. Nimmt man jedoch Stellung zu theoretisch geforderten Konzepten, hat jede größere therapeutische Richtung ihre eigene Definition und mit diesen verknüpft, inhaltliche Vorstellungen zu den eigens geprägten Begriffen, wie auch dem des Widerstandes. So ist es mir in den folgenden Abschnitten möglich, Widerstand in seiner Begrifflichkeit und den kritischen Umgang mit dieser Erscheinung nach diversen Ausrichtungen getrennt zu analysieren. Es werden einige der Hauptströmungen der Psychotherapie berücksichtigt: die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie (VT) und die Rational Emotive Therapie (RET).

### 3.8. Erweiterung des Widerstandskonzeptes in der Psychoanalyse

Warum sollte man als Psychoanalytiker überhaupt eine Erweiterung des herkömmlichen Widerstandskonzeptes erwägen? Einer von vielen möglichen Gründen ist, daß in der rigiden Anwendung der psychoanalytischen Grundregel, der Patient müsse frei assoziieren, eine Externalisierung des inneren Kampfes gesehen werden kann, als welchen Freud (1912) den Widerstand sowohl des Analysanden wie des Analytikers versteht. Diese Externalisierung, wie sie von Schlieffen (1983) beschrieb, verhindert eben gerade, was eine anerkannte Regel der psychoanalytischen Technik fordert: daß noch vor der Bearbeitung der abgewehrten Inhalte die Widerstände gegen deren Beeinflussung analysiert werden. Im übrigen wird der Widerstand in der Regel nicht auf die Vorgehensweise des Analytikers attribuiert, sondern auf die innerpsychische Verhinderung der bewußt werdenden Konflikthalte des Patienten. Somit ist die Schuldzuweisung bezüglich der Ätiologie des Widerstandes im psychoanalytischen Prozeß zu Lasten des Analysanden weitestgehend festgelegt.

Neuere Ansätze, wie etwa der von Ermann (1984), zeigen, daß sich das Interesse am Widerstand als ein intrapsychisches Phänomen im Patienten hin zum Widerstand als Ausdruck einer regressiven Beziehungsstörung verschoben hat. Es geht also nicht nur um die Frage, was ein Patient als Konflikthalt abwehrt, sondern ergänzend und erweiternd auch darum, wie die Beziehungsstörung im analytischen Prozeß in Erscheinung tritt und was sie eigentlich bedeutet. In diesem Zusammenhang sind all diejenigen Faktoren

gemeint, welche dazu beitragen können, daß eine Beziehungsstörung überhaupt entsteht und von beiden Personen gleichermaßen aufrechterhalten werden kann. Ein wesentlicher, neuer Aspekt dieses Konzept- und Sichterweiterung ist derjenige, daß die in der historischen Entwicklung immer wieder nachweisbare Machtposition des Psychoanalytikers und die relative "Ohnmacht" seines Analysanden an dieser Stelle aufgegeben wird. Man versucht auch nicht, von Schuldzuweisungen zu sprechen, sondern nimmt potentiell beide an der psychoanalytischen Interaktion beteiligten Menschen als Störungsursachen jener regressiven Beziehung an. Für den psychoanalytisch gebildeten Leser ist dabei außerdem von Vorteil, daß die Erweiterung und Kritik des klassischen Widerstandsbegriffes mit Hilfe von psychoanalytischen Fachtermini vorgenommen wird. So erleichtert sich für ihn ein Verständnis des Neuen.

Von jeher halten die Neoanalytiker, die sich in der BRD vor allem auf Harald Schlutz - Hencke (1951) berufen, eine Widerstandsanalyse für unumgänglich. Die Kritik am klassischen Widerstandskonzept und dem praktischen Umgang mit dem Phänomen soll nun anhand zweier, recht unterschiedlicher Fallbeispiele in seinen Grundlagen erläutert werden.

Schors und Grünzig (1987) untersuchten den Einfluß der Psychotherapiesitzung auf körperliche Beschwerden anhand einer klinischen Einzelfallstudie. Die Patientin (30 Jahre, Vaginitis) berichtete über eine Zunahme ihrer Beschwerden während der Sitzungen. Die mögliche Erklärung lautet: in der analytisch geführten, konfliktaufdeckenden Therapie wird die Patientin entsprechend ihrer Motivation und ihrem Widerstand an die unbewußten Konflikte herangeführt, es wird damit Spannung erzeugt, die sich z.T. in körperliche Beschwerden umgesetzt. Offensichtlich wurden die Phantasien (kognitiv-affektive Faktoren) soweit aktiviert, daß jene Patientin nur noch mit somatisiertem Widerstands-

verhalten reagieren konnte.

Hemminger (1985) nennt ein in mehrfacher Weise bezeichnendes Beispiel einer Widerstandsanalyse: die Patientin unternahm selbständig einen Versuch zur Deutung ihres Heißhungers (Angst des Babys vor dem Verhungern), die dem Analytiker nicht gefiel. Er hingegen vermutete seinerseits ihren Wunsch schlank zu bleiben, hinter dem eine unbewußte Angst vor weiblichen Formen stehe. Als seine Patientin dieses Deutungsangebot nicht überzeugend findet, ist die Sache für ihn eindeutig: hier zeigt sie Widerstand. Damit ist das Problem für ihn geklärt, seine Patientin ist nach einigen Überredungsversuchen auch halbwegs überzeugt. Ihr bleibt kaum etwas anderes übrig, da er keine weiteren Alternativen mit ihr entwickelt. Gleichzeitig ist eine Symptomverschlechterung beobachtbar, d.h. die Intensität und die Frequenz der Anfälle von Heißhunger werden zunehmend stärker.

In einer analytischen Gruppensitzung ist es durchaus häufig so, daß nahezu alle Teilnehmer zu einem meist vom Analytiker vorgegebenen Deutungsangebot tendieren und dies als zutreffend annehmen. Der Betroffene kommt beinahe zwangsläufig zu dem Schluß: "Wenn alle dasselbe denken, muß es wahr sein". Ist der Analysand nicht selbst wirklich Therapeut, führt dieser Trugschluß dann oft in die Irre und trägt zur Entstehung von Hilflosigkeitsgefühlen, Orientierungslosigkeit und weiterhin zu verdrängenswerten Konflikten bei. Unter dem Aspekt des "Wiedererlebens" wird, das sei der Vollständigkeit halber gesagt, sogar erwartet, daß es zu einer Verschlimmerung der Symptomatik kommen kann. Für den Analytiker ist dieser Zustand nicht bedenklich, sondern eher ein Zeichen des therapeutischen Fortganges (vgl. obige Beispiele). In anderen Therapieformen würden derartige Prozesse das Absetzen der Therapie nahelegen. Jedoch gilt dies auch in der Psychoanalyse mit der Einschränkung, daß es gelingen muß, die Übertragungsneurose (als die Ursache der Symptomverschlechterung) durch fortschreitende Bewußtmachung und Verarbeitung langsam auf-



zulösen. Dieser Prozeß gelingt aber selbst aus analytischer Sicht nicht immer so, wie der Therapeut sich dies wünscht. Denn der Patient setzt dem Abbau seiner Abwehr und dem Aufbau anderen Verhaltens den besagten Widerstand entgegen.

Um zu einer exakten Diagnose der neurotischen Symptomatik zu kommen, bedarf es in den meisten Fällen (nicht nur innerhalb der Psychoanalyse) einer Widerstandsanalyse. Ein gut praktikierbares Modell aus der Verhaltenstherapie wird in Kap. 3.9. vorgestellt. Bis hierher ist deutlich geworden, daß eine Erweiterung des Widerstandskonzeptes aus psychoanalytischer Sicht folgende Neuerungen umfassen sollte:

- 1) Der Analytiker muß fähig sein (oder werden), mit jeglicher Art von Widerständen so umzugehen, daß der Analysand die Gründe seines Verhaltens einsehen und sich langsam ändern kann. Die Widerstandsanalyse bildet bereits in der herkömmlichen Psychoanalyse einen wesentlichen Bestandteil der Therapie.
- 2) Andere Aspekte des Widerstandsverhaltens sind mit zu bedenken, wie z.B. die Deutung des Widerstandes als den Ausdruck eines regressiven Beziehungsgefüges zwischen Analysand und Analytiker. Es ist daher insbesondere auf die Möglichkeit einer gestörten Therapeut-Patient Beziehung zu achten.
- 3) Widerstand sollte nicht, wie bislang, ausschließlich als Erscheinung gesehen werden, die in den dem Patienten innewohnenden unbewußten, verdrängten Konflikthalten begründet ist. Eine Begriffserweiterung sieht u.a. therapiebedingte Effekte als eine Ursache des Widerstandes vor.



4) Die analytische Gruppensituation kann den Patienten aus mehreren Gründen dazu verleiten, die allgemein akzeptierte Deutung unkritisch zu übernehmen, obwohl er dieser in Wirklichkeit nicht zustimmen würde. Es ist allein die Aufgabe des professionellen Analytikers - selbst in einer Gruppe von 6-12 Teilnehmern - jedem Einzelnen Zeit und Raum zur eigenen Entscheidung über die Ablehnung oder Annahme eines Deutungsangebotes zu geben. So kann er helfen, derartigen Widerstand zu vermeiden, der mit den ursprünglich zu analysierenden Konflikten wenig zu tun hat, sondern vielmehr mit Fehlern in der Behandlungsphase.

### 3.8.1. Widerstand aus der Sicht der Verhaltenstherapie

Das Widerstandskonzept entspringt zwar der Psychoanalyse, doch haben Verhaltensforscher ebensolche Entdeckungen gemacht, auch wenn sie es lange Zeit nicht mit demselben Begriff belegt haben. Die Abgrenzung dieser zwei recht unterschiedlichen Therapierichtungen ist, historisch gesehen, verständlich, da sich die jüngeren Psychologischen Therapierichtungen - wie die Verhaltenstherapie und die erlebnisaktivierenden Verfahren - bewußt gegen die in der älteren Psychoanalyse gebräuchlichen Begriffe abgrenzten und deren Verwendung mieden.

Zu den ersten Untersuchungen in dem Bereich der Begriffsübernahme gehört diejenige der Lerntheoretiker Timmons & Noblin (1963). Sie führten ein verbales Konditionierungsexperiment durch, wobei es sich nicht um eine reale Therapiesituation handelte. Die Autoren teilten ihre Versuchspersonen nach psychoanalytischen Charaktergruppen in "Oral" (abhängig und willfährig) und "Anal" (widerpenstig und resistent). Sie sagten voraus, daß "Orale" in der üblichen Richtung auf positive Verstärkung bzw. Bestrafung rea-

gieren würden, während "Anale" bei positiver Verstärkung das gewünschte Verbalverhalten reduzieren und bei Bestrafung erhöhen, sich also oppositionell verhalten würden. Ihre Hypothese wurde nur insofern teilweise bestätigt, als daß die Reaktion eines bestraften "Analen" ebenso für die eines positiv verstärkten "Oralen" gehalten werden konnte und umgekehrt.

Obige Untersuchung zeigt ganz deutlich, daß das, was für den einen Charaktertypen als positiver Verstärker wirkt, beim anderen Charaktertypen die Wirkung einer Bestrafung hat. Für uns ist dieses Experiment deshalb von Bedeutung, weil hier die üblichen Erklärungen vom "Funktionieren der Konditionierung" und dementsprechend der Befolgung des gewünschten Zielverhaltens nicht ausreichend ist. Die Versuchspersonen reagierten eben geradezu entgegengesetzt zu der Richtung, in die sie Lerntheoretiker durch operante Konditionierung bringen wollten. Es ist zwar leicht, sich zur Erklärung dieses Phänomens auf eine strikt operationale Definition von Verstärkern zurückzuziehen und zu behaupten, für einen Teil der Versuchspersonen sei eben das Mißfallen des Versuchsleiters ein Verstärker gewesen. Das hilft aber solange nicht weiter, als man nicht gleichzeitig Vorgehensweisen angeben kann, um festzustellen, wann bei wem eher Zustimmung oder eher Mißfallen verstärkend wirken wird. Die Dürftigkeit der Lerntheorie zur Konzeption derartiger zwischenmenschlicher Interaktionsprozesse ist ein Hauptgrund dafür, weshalb sich die Verhaltenstherapeuten so schwer getan haben, sich ausdrücklich mit der Therapeut - Klient Beziehung zu beschäftigen.

Die Tatsache, daß bisher in der Literatur eher passager zum Thema "Widerstand" Stellung genommen wurde, liegt sicher auch daran,

daß der Begriff wegen seiner psychoanalytischen Herkunft von Verhaltenstherapeuten nicht gerne benutzt wurde. Aus diesem Grunde erscheint es mir sinnvoll, auch solche Beiträge aus der verhaltenstherapeutischen Literatur im Folgenden aufzunehmen, in denen das Phänomen des Widerstandes nicht explizit benannt wird, sich ein Bezug dazu aber ohne weiteres herstellen läßt. Zur Einführung eines konkreten Falls sei der erste ausdrücklich dem Thema Widerstand gewidmete Beitrag von Wolpe und Asher (1979, S. 198-221) ausgewählt. Es handelt sich um das Widerstandsverhalten einer Zwangspatientin. Der Fall ist ein Musterbeispiel für ein rein technisches, nicht systematisches und nicht nach Verständnis suchendes Herangehen an "Widerstand": die 20jährige zwangsneurotische Patientin hatte u.a. Schwierigkeiten mit Entspannungsverfahren, weigerte sich, an Phantasieübungen teilzunehmen und wollte nichts tun, was sie Anstrengungen kostete. Jene Autoren nahmen zu Recht an, daß Einsicht allein den Widerstand nicht zum Verschwinden bringen würde. Deshalb analysierten sie ihn ausführlich. Sie gingen einfach davon aus, daß sich früher oder später eine geeignete Technik finden ließe, die den Widerstand der Patientin überwinden helfen würde und nutzten die Reaktionen der Patientin nicht zu einer Erweiterung der Problemdefinition, um aus dieser eine therapeutische Strategie abzuleiten. Trotz eines gewissen Erfolges, der sich bei diesem Fall einstellte, ist dies ein typisches Beispiel dafür, wie sich Verhaltenstherapeuten im Umgang mit dem Widerstandsphänomen gerade nicht verhalten sollten.

Im nächsten Schritt wird es darum gehen, zu klären, welche Arten

des Widerstandes - speziell aus verhaltenstherapeutischer Sicht - bislang zur Kenntnis genommen wurden. Ich greife bei der Beantwortung der Frage u.a. auf Überlegungen von Caspar & Grawe (1982), Grawe & Dziewas (1978) und Petzhold (1981) zurück, denn sie stimmen in ihren diesbezüglichen Informationen überein und liefern selbstkritische Beiträge, die sie in eigener Praxis erfahren haben:

#### 1) Widerstand gegen Veränderungsziele

Ein Klient lehnt sich gegen die in einer Therapie zugrundgelegten Ziele auf, wenn er sie nicht als die seinigen empfindet.

Ein schlechtes Beispiel dafür: der Therapeut scheut vor Anordnungen nicht zurück. Er verlangt implizit etwas, sogar unter Androhung von Liebes- und Achtungsentzug.

Ein idealisiertes Beispiel: der Klient ändert sich im eigenen Interessens- und Ermessensbereich und bedient sich dabei aktiv des Therapeuten.

Ein realistisches Beispiel: es gehört zum Bild vieler Störungen, daß der Klient nicht in der Lage ist, von sich aus Zielvorgaben zu machen. Hier sollte der Therapeut wenigstens seinen Zielsuchprozeß transparent machen.

Positive, aber nicht unrealistische Erwartungen zu wecken (die Therapie wertvoll machen), erwies sich (so alle o.g. Autoren) als günstig zur Herstellung intrinsischer Motivation.

#### 2) Widerstand auf der interaktionellen Ebene

Im Rahmen der sozialen Lerntheorie und verwandter Ansätze wird die Wirkung therapeutischer Interventionen auch unter dem Beziehungsaspekt betrachtet. Bei einem in der Verhaltenstherapie

erweiterten Verständnis von Widerstand wird davon ausgegangen, daß ein Mensch dann Widerstandsverhalten zeigen wird, wenn er subjektiv (vgl. KWTI Kap. II) eine Verletzung von Bedürfnissen oder Zielen befürchtet. Eine ungünstige Vorgehensweise ist es - wie der Fall einer Zwangspatientin dokumentierte - nur eine schmale Problemdefinition bereitzuhalten. Eine Erweiterung hingegen würde dazu führen, alle therapierelevanten Bedürfnisse und Pläne des Klienten im Zusammenhang zu erfassen. Der Widerstand ergibt sich hier aus der Unvereinbarkeit der interaktionellen Möglichkeiten des Klienten mit den vom Therapeuten gestellten interaktionellen Anforderungen an ihn.

Hierzu bietet Grawe (1980) das Konzept der sogenannten "Interaktionellen Pläne" und die "Vertikale Verhaltensanalyse" an. Näheres ist bei Grawe (s.o.) selbst nachzulesen. Es sei nur soviel gesagt: sie stellt ein gutes Mittel dar, um die schrittweise Erweiterung einer zielorientierten Problemdefinition zu ermöglichen, wie sie für die Analyse von Widerstandsverhalten zu fordern ist. Zum Beispiel verlangt das assertive Training, daß ein Klient sich in die Schülerrolle begeben kann. Das selbständige Durchführen der Hausaufgaben verlangt, daß er sich autonom verhalten kann. Besonders bei Klienten mit eingeschränkten interaktionellen Möglichkeiten ist damit zu rechnen, daß ein ganz bestimmtes therapeutisches Vorgehen sie interaktionell überfordert, auch wenn das Vorgehen für die Art der Problematik ansonsten völlig angemessen wäre. Der Therapeut muß daher jedes geplante Vorgehen auch daraufhin untersuchen, ob es mit den interaktionellen Plänen des Klienten vereinbar ist. Sonst ist es

sehr wahrscheinlich, daß auf der Beziehungsebene berechtigtes Widerstandsverhalten des Klienten in Erscheinung tritt.

### 3) Widerstand gegen Veränderung an sich

In der "Vertikalen Verhaltensanalyse" und bzgl. der "Interakti-  
nellen Pläne" gilt für Problemverhalten, daß es einen Versuch des  
Klienten darstellt, bestimmte Pläne unter bestimmten einschrän-  
kenden Bedingungen und in Konkurrenz mit anderen Plänen umzu-  
setzen. Was einerseits als Problemverhalten erscheint, ist auf  
der Metaebene Teil einer größeren Problemlösung und gewährleistet  
dem Klienten einen gewissen Schutz und ein inneres Gleichgewicht.  
Sowohl eigene Veränderungsversuche des Klienten, als auch Anstöße  
durch den Therapeuten, können dieses Gleichgewicht bedrohen.

Auch die "Allgemeine Psychologie" nimmt die Zerstörung der  
Homöostase (inneres, organismisches Gleichgewicht) als  
Stressor an, gegen den sich das Individuum aus Selbstschutz  
zur Wehr setzt (Vester, 1976).

Caspar & Grawe (1982) sind der Meinung, daß ein Klient sich zu  
Recht gegen den Therapeuten wehrt, dessen Problemdefinition nicht  
breit genug ist, also sämtliche relevanten Ziele - und somit auch  
positive Aspekte des Problemverhaltens - nicht mit einbezieht,  
denn gerade sie haben stützende bzw. stabilisierende Funktionen.  
Positive Eigenschaften zu betonen, ist auch im Hinblick auf die  
Mitarbeit und Motivation des Klienten von immenser Bedeutung. Er  
hat dann nicht das Gefühl, er sei gestört und krank, sondern ein  
entwicklungsfähiges Individuum, in dem auch der Therapeut rea-  
listische Chancen zur Besserung sieht.

Eine weitere, differentialdiagnostische Aufgabe ergibt sich aus dem Umstand, daß der inhaltliche Widerstand gegen eine bestimmte Veränderung oft so aussieht wie Widerstand gegen ein bestimmtes Beeinflussungsmittel. In der Untersuchung dessen besteht eine notwendige, wenn auch schwierige Aufgabe des behandelnden Verhaltenstherapeuten. Wenn Klienten zu Recht um die Wahrung ihres inneren organismischen Gleichgewichts fürchten müssen, werden sie sich verständlicherweise gegen die Bedrohung wehren. Dieser Vorgang ist nicht therapieschulenspezifisch zu sehen: dem Psychoanalytiker wird er ebenso seinen Versuch sabotieren, unbewußte Phantasien, Wünsche u.s.w. bewußt zu machen, wie er dem Verhaltenstherapeuten die Durchführung von Übungen verweigert, entweder offen oder unoffen. Der verantwortliche Grund ist in beiden Fällen der gleiche: Widerstand gegen die Veränderung an sich und/oder die Verhaltensweisen/-methoden des Therapeuten. Wenn nun derjenige Therapeut den manifesten Widerstand mit seiner Person oder den Methoden in kausale Verbindung bringt und eine Lösung des Widerstandes auf dieser Ebene versucht, wird sein Versuch nutzlos sein. Der daraus für den Therapeuten resultierende Ärger schafft dann möglicherweise ein zusätzliches sekundäres Problem auf der Beziehungsebene. Dieses bleibt dem Klienten so lange ein Hindernis auf seinem Genesungsweg, wie es der Therapeut nicht gründlich analysiert und mit dem Klienten bespricht. Auf die Hilflosigkeit eines Verhaltenstherapeuten in Verbindung mit Widerständen werde ich anschließend anhand einer Falldarstellung noch Bezug nehmen.

Am weitesten führt es, mit dem Klienten in verständnisvoller

Weise seine Ziele durchzusprechen und sein Verhalten mit ihnen in Beziehung zu setzen.

Gelegentlich liegt ein Zielkonflikt vor, der durch sogenanntes "paradoxes Vorgehen" gelöst werden kann (vgl. Kap. 2.4.5.); dabei konzentriert sich der Klient im Moment ganz auf ein Ziel und findet hierfür Lösungen, die sich später im Rahmen der gesamten Problemdefinition als konstruktiv erweisen.

#### 4) Widerstand gegen die Beeinflussung durch den Therapeuten

Ich nahm bereits Stellung zu den Reaktanzphänomenen als gefährdende Elemente innerhalb des therapeutischen Prozesses, sowie zu dem allgemeinen "Sich - Wehren" gegen die mit Beeinflussung verbundene Einschränkung der persönlich wichtigen Handlungsfreiheit. Dies soll als allgemein menschliche, nicht auf die Therapiesituation beschränkte Reaktion gelten. Aufgrund des ansatzweise eingeführten Konzeptes der interaktionellen Pläne, kann der Leser nun besser verstehen, warum Widerstand gegen die Beeinflussung durch den Therapeuten leicht erregbar ist und in so verdeckter und subtiler Weise in Erscheinung treten kann. Die beiden miteinander unvereinbaren Pläne lauten in der Regel: 1. "Lasse deine Handlungsfreiheit nicht einschränken" und 2. "Verändere dich in der Therapie". Nimmt nun der an Veränderungen gewöhnte Therapeut die üblichen Manipulationen vor, dann ist dies mit Plan 2 sehr gut und mit Plan 1 sehr schlecht vereinbar. Für den Klienten ist der Konflikt deshalb schwierig lösbar, weil meistens noch ein Plan 3 beteiligt ist, der heißt "Verändere dich (allgemein)". Plan 3 impliziert, daß der Klient Spannungen mit dem Therapeuten vermeidet.



Die meisten Klienten haben in ihrer persönlichen Lerngeschichte erfahren, wie der Umgang mit mächtigen Personen (Eltern, Vorgesetzten) auf sie wirkt und daß sie im Laufe der Zeit diesbezüglich ganz bestimmte Verhaltensmuster erworben haben. Gegen eine offene, oppositionelle Haltung in der Therapie (der Therapie-rahmen ist hier als sog. "mächtige Situation" zu verstehen) sprechen - aus der Sicht des Klienten - die befürchteten, zumindest kurzfristig negativen Konsequenzen. Diese negativen Erwartungen wirken verhaltenssteuernd und verhindern eine direkte Bearbeitung von Konflikten und Widerständen.

Gerade submissive Klienten haben in ihrer alltäglichen Erfahrung ein umfangreiches Repertoire an indirektem Widerstandsverhalten erworben. Rein dominant - autoritäre und aktiv - direktive Strategien des Therapeuten haben sich als ungünstig erwiesen (Caspar & Grawe, 1982). Dies ist verständlich, da dem Klienten zu wenig Raum für Eigeninitiativen und die Entwicklung eigener Phantasien gelassen wird, seine persönliche Freiheit ist eingeschränkt.

Als günstig haben sich alle Verhaltensweisen bewährt, welche für den Klienten den Plan "Wehre Dich gegen Beeinflussung" in der Therapiesituation weniger relevant machen. Dazu gehört, daß der Therapeut nicht als dominant auftritt, die eigenen Kompetenzen des Klienten betont, ihm einen möglichst großen Entscheidungsspielraum zugesteht und wenig Veränderungsdruck ausübt.

Das nun folgende Fallbeispiel zur Demonstration von Widerstandsverhalten ist einer realen Therapiesituation von Grawe (Caspar & Grawe, 1982, S. 195 ff.) entnommen und deshalb ausgewählt worden, weil es 1. eine typische Situation innerhalb der Verhaltenstherapie darstellt und 2. umfassend und selbstkritisch, sowie konstruktiv durch Grawe & Caspar analysiert wurde.

Es handelt sich um einen 28jährigen Studenten der Mathematik, der an Prüfungsängsten leidet. Während des Gesprächs verstärkt sich bei Grawe immer mehr der Eindruck, daß dies ein relativ unkomplizierter Fall für eine systematische Desensibilisierung (SD) sein könnte, was den Erwartungen des Herrn W. entsprach. Grawe wollte sich sodann noch ein Bild seiner sonstigen Lebenssituation machen. Der Klient antwortet jetzt jedoch deutlich knapper und weniger informativ. Insgesamt vermittelt er, daß er ausschließlich für seine Prüfungsängste Hilfe benötigt, sonst sei alles in Ordnung. In Anbetracht des nahenden Prüfungstermins gibt Grawe seine Bemühungen zunächst auf, genauere Informationen über andere Lebensbereiche zu erreichen und beschließt, daß es das Beste ist, es erst einmal mit der SD zu versuchen. Er beginnt mit dem Entspannungstraining, was recht gut funktioniert. Ernstere Schwierigkeiten treten erst bei der SD an sich auf. Herr W. kann sich die Situation nicht plastisch vorstellen. So wird eine Phase eingeschaltet, in der er üben muß, seine Vorstellungskraft an neutralen Situationen zu trainieren. Nach einiger Zeit vermag er, sich die Prüfungssituation gut vorzustellen, er sagt allerdings, daß er keine Angstgefühle dabei habe. Er wisse ja, daß dies keine reale Situation sei. Grawe ist wegen der unerwarteten Schwierigkeiten inzwischen etwas frustriert. Nach Überlegungen zum möglichen weiteren Vorgehen, erwägt er auch, ob er mit dem Einsatz der SD doch vorschnell gehandelt habe, ohne alle funktionalen Zusammenhänge der Prüfungsangst analysiert zu haben. Er bittet Herrn W. zunächst, ein Tagesprotokoll zu führen und dies zur nächsten Sitzung mitzubringen. Er hat es jedoch zu Hause vergessen. Grawe merkt, wie er ärgerlich auf ihn wird. Er fühlt sich inzwischen ziemlich hilflos und hat den Gedanken, die Problematik überhaupt nicht in den Griff zu bekommen. Er denkt auch darüber nach, ob es nicht vielleicht besser sei, Herrn W. gegenüber offen zu sein und ihm zu sagen, daß er keine rechte Hilfe für ihn wisse. In der nächsten Sitzung dann, berichtet Herr W. plötzlich von Fortschritten. Er habe zu sich gesagt: "Was kann schon passieren, mehr als durchfallen kannst Du ja nicht". Grawe tadelt sich innerlich wegen seiner Kleingläubigkeit, die fast dazu geführt hätte, die Behandlung wegen eigener Fehlschläge vorzeitig abzubrechen. In dieser Sitzung bekommt der Klient Beobachtungsaufgaben mit nach Hause und sie sind beide wieder etwas zuverlässlicher. Leider erweist sich die Hoffnung als trügerisch, als Herr W. enttäuscht berichtet, daß er keine inneren Gedanken bei sich habe feststellen können in der Art, wie Grawe es ihm vorgemacht und erklärt habe. Beide sind nun enttäuscht und Grawe beschreibt negative Gefühle gegen Herrn W., ohne das genau begründen zu können; denn sein Klient gibt sich Mühe, auf seine Vorschläge einzugehen. Grawe gibt ehrlich zu, daß er keine Lust mehr hat, sich mit dem besagten Problem noch länger zu beschäftigen.

Mir kommt es darauf an, mit obigem Fallbeispiel zu demonstrieren, daß zunächst einmal positive Therapiebedingungen vorliegen, diese

sind im einzelnen (vgl. dazu Kap. II):

- gleichartige Erwartungen des Therapeuten und Klienten an die Therapie (in der Anfangsphase)
- die Kompetenz des Therapeuten, über ein ausreichendes Repertoire an Interventionsmöglichkeiten zu verfügen
- der Gebrauch dieser Mittel (hier: die Problemanalyse, SD...)
- das Vorhandensein von Motivation seitens des Klienten und des Therapeuten
- eine (scheinbare) Spontanremission innerhalb der Behandlungszeit.

Dennoch endet diese Therapie eindeutig für beide Beteiligten unbefriedigend. Es geht mir nicht darum, unter Beweis zu stellen, wem nun mehr geschadet wurde, sondern es kommt darauf an, mit diesem Fall zu zeigen, in welche Schwierigkeiten man als Psychotherapeut ohne weiteres kommen kann, wenn man seine Therapie, so wie es häufig getan wird, ausschließlich auf der Ebene inhaltlicher Problemlösungen plant. Aus der Sicht eines Psychotherapeuten verläuft ein derartiger Fall so, daß man zuerst glaubt, man hätte eine spezifische Technik nicht richtig eingesetzt, wenn ein bestimmtes Vorgehen nicht funktioniert. Man ist verärgert oder frustriert und fühlt sich allmählich immer hilfloser. Wenn noch hinzukommt, daß der Klient Verabredungen nicht einhält, die Eigenarbeit nicht erledigt und Übungen mißversteht, dann können die negativen Gefühle des Therapeuten eskalieren. Man meint, zunehmend deutlicher zu spüren, daß der Klient aktiv Widerstand gegen die Therapie oder den Therapeuten entwickelt, ohne daß man sagen könnte, er wolle nicht mitmachen. Nicht nur der Klient ist

dann ratlos, sondern genauso sein Therapeut, da er aus seiner Sicht das Widerstandsverhalten nicht richtig deuten kann. Für beide Personen werden derartige leicht entstehende Situationen belastend und behindern den Besserungsfortgang existenziell. Eine Lösung in Form einer Widerstandsanalyse wird in Kap. 3.9. dargestellt.

Zum Abschluß des Kapitels geht es um die praktischen Konsequenzen für das therapeutische Handeln. Sie werden aus den Feldbeobachtungen hergeleitet. Dazu zunächst einige Meinungen bekannter Verhaltenstherapeuten: so bemerkt Wolpe (1979), daß der Verhaltenstherapeut einen Patienten nicht tadeln könne, falls die Behandlung ohne Erfolg bliebe. Er könne den Fehlschlag nicht einem Widerstand, sekundärem Krankheitsgewinn oder anderen dieser Familie populären Alibis zugehörigen Begriffen zuschreiben. Goldfried und Davison (1976) sind der Ansicht, man könne aus den vielfältigen Formen des Widerstandes ableiten, der Klient sei nicht bereit für die Verhaltenstherapie. Sie folgern daraus, daß ihn der Verhaltenstherapeut dann eben erst einmal für diese Behandlung bereit machen müsse. Sie sehen also Widerstand, ergänzend zu den bereits angeführten Sichtweisen, als ein Zeichen für:

- ungenügende Methoden des Therapeuten
- eine glücklicherweise vorhandene Sicherung des Klienten gegen falsches Vorgehen
- eine Sicherung des Klienten gegen falsche Ziele des Therapeuten und
- ungünstige Voraussetzungen beim Klienten.

Was für Implikationen ergeben sich nun zusammenfassend aus den gesamten Daten zum Widerstandskonzept in der Verhaltenstherapie für denjenigen, der täglich mit Klienten zusammentrifft? Die Forderung nach präventiven Maßnahmen steht auch hier zweifellos im Vordergrund. Wie sich gezeigt hat, besteht eine wirkungsvolle und nachvollziehbare Methode in der Analyse der Verhaltenspläne, wie sie Caspar & Grawe (1982) entwickelten. Das Problem ist also meistens nicht technischer Art, sondern besteht in der interaktionellen Überforderung des Therapeuten oder des Klienten, je nachdem, aus wessen Perspektive man das sehen mag. Der erste Schritt besteht darin, den Widerstand in der Verhaltenstherapie vor dem Hintergrund der interaktionellen Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten des Klienten zu betrachten. Dann wird dem Therapeuten Widerstand oft gut verständlich. Konkrete Fragen, um den Widerstand zu diagnostizieren oder ihn zu verhindern sind:

- 1) Welche Therapietechniken sind vereinbar mit den in der Therapiesituation relevanten interaktionellen Plänen des Klienten?
- 2) Zu welchem dieser Pläne muß sich der Therapeut komplementär verhalten, um dem Klienten eine Mitarbeit zu ermöglichen?

Hier kann auch die Verwendung von psychodiagnostischen Testverfahren, wie z.B. von Selbsteinschätzungssystemen zur Überprüfung der interaktionellen Flexibilität von Vorteil sein, will man eine selbstkritische Überprüfung therapeutischer Aktivitäten in Bezug auf den Widerstand des Klienten (oder Therapeuten) vornehmen. Man findet derartige Hilfsmittel u.a. im Anhang von Becks "Kognitive Therapie der Depression" (1986, S. 392 ff). Die Einschätzung sollte auch dahingehend erfolgen, daß der Geprüfte sich selbst

eingesteht, welchen interaktionellen Anforderungen er entsprechen kann und welchen nicht. Auf die Gestaltung einer intensiven Selbsterfahrung als Element psychotherapeutischer Ausbildung wird später eingegangen.

Neben den interaktionellen Anforderungen ist ebenso das offene Verhalten zu berücksichtigen. Dominant - autoritäres und aktiv - direktives Vorgehen haben sich eher als ungünstig erwiesen. Folglich müsste der Therapeut besser dominant - freundlich und der Klient freundlich - submissiv sein. De Voge & Beck (1978) unterstützen diese Annahme, indem sie argumentieren, daß, wenn der Klient mit seinem Verhalten anfangs von diesem Interaktionsmuster abweiche, der Therapeut zuerst einmal interaktionell bereit gemacht werden müsse, damit er seine Fähigkeiten erfolgreich anwenden könne. Leider geht aber die herkömmliche Verhaltenstherapie im allgemeinen eher von dem Wunsch des Therapeuten und dem Glauben an die Richtigkeit seiner Theorien aus, als daß sie primär etwas zu erreichen versucht, von dem sie glaubt, daß es im Interesse des Klienten ist. Dabei kann es nötig sein, den Aufwand nicht zu scheuen und theoriefremde Therapiemethoden in die Behandlung zu integrieren. Wenn wir uns einmal in die Sicht des Klienten versetzen, wird klar, daß es eine ganze Reihe verschiedenartiger und gut verständlicher Ursachen für Widerstand gibt. Jede muß jedoch individuell vom Therapeuten auf einer anderen Ebene verstanden und aus einem entsprechenden Verständnis heraus beantwortet werden. Nur so kann dem Anliegen des Klienten nach Hilfe ganzheitlich Rechnung getragen werden.

Sieht man es positiv, enthält Widerstandsverhalten in jedem Fall wichtige Informationen zur Vervollständigung einer offenbar noch unvollkommenen Problemdefinition und Behandlung. Insofern kann es als Mittel zur Korrektur für den Therapeuten angesehen werden, das ihn daran hindert, falsche Annahmen zu verfolgen. Da Inflexibilität im Vorgehen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Widerstand erhöht, wird der Umgang damit durch viel Phantasie und Flexibilität durchführbar. "Es ist weder möglich, noch nötig, widerspenstige Klienten zu zähmen (Caspar & Grawe, 1982, S. 205), in dem strengen verhaltensdirigierenden Stil, daß wir sie dahin bringen, unser Angebot anzunehmen. Vielmehr muß es der Therapeut sein, der sein Angebot auf die Möglichkeiten des Klienten einstellt". Eine so verstandene Therapieplanung und -durchführung kostet den Verhaltenstherapeuten zwar anfänglich mehr Mühe, wird ihm aber langfristig zur Freude, werden auch als Beitrag zu seiner eigenen seelischen Gesundheit.

### 3.8.2. Widerstand aus der Sicht der Rational - Emotiven Therapie (RET)

Verständlicherweise ist es mir nicht möglich, hier alle zur Zeit vertretenen Therapierichtungen und deren Sichtweisen zum Widerstandskonzept zu erörtern. Die RET (vgl. Kap. 2.4.2.) ist deshalb ausgewählt worden, weil sie eine zunehmende Bedeutung innerhalb der gesamten Ausrichtungen bekommen hat und von Verhaltenstherapeuten als integrativer Bestandteil aufgenommen wird. Rational - emotive Therapeuten betrachten den Menschen, im Gegensatz zu den frühen Lerntheoretikern, als ein kognitiv - strukturiertes Wesen.



Dies bedeutet, daß sie sich tendenziell in Richtung humanistischer und ganzheitlicher Annahmen bezüglich der psychischen Funktionen begeben haben. Außerdem ist die RET inzwischen erstaunlich beliebt unter Psychotherapeuten.

Zum allgemeinen Verständnis der Grundannahmen erfolgt zunächst eine kurze Einführung in die 1962 von Ellis begründete rational - emotive Therapie. Er geht davon aus, daß neurotische Störungen nicht primär auf Belastungen in der Umwelt zurückzuführen sind, sondern auf die Art und Weise, wie das Individuum diese Ereignisse wahrnimmt, interpretiert und bewertet. Falls ein Mensch irrationale, d.h. nicht an die von Ellis postulierte Norm der Realität angepasste Überzeugungen vertritt, führt dieses zu Verhaltensstörungen. Vier der weitverbreiteten irrationalen Ideen sind:

- 1) "Die Welt muß so sein, wie ich sie mir wünsche"
- 2) "Ich muß stets kompetent und leistungsfähig sein; ich darf keine Fehler oder Schwächen zeigen"
- 3) "Andere Menschen müssen mir gegenüber stets verständnisvoll, gerecht und rücksichtsvoll handeln"
- 4) "Ich muß von allen wichtigen Bezugspersonen akzeptiert und anerkannt werden".

Charakteristisch ist dabei die Verabsolutierung, Extremisierung und Übersteigerung dieser Gedanken. So wird ein an sich bloß unangenehmes Ereignis zur "Katastrophe" erklärt.

Ellis weist selbst darauf hin, daß es oft sehr schwierig ist, den Prozeß der Einstellungs- und Verhaltensänderung in Gang zu setzen



und daß die Rückfallquote sehr hoch einzuschätzen ist (Ellis, 1962, 1977).

Es ist nicht abzustreiten, daß Therapie per se hohe persönliche und fachliche Anforderungen an denjenigen stellt, der sich bereit-erklärt, sie durchzuführen und den Anspruch hat, daß sie dem Klienten nützt. Aus diesem Grunde ist die Qualifizierung des behandelnden Therapeuten, wie auch dessen Persönlichkeitsmerkmale für das Klientenwohl so bedeutsam.

Eine weitere Ähnlichkeit zwischen der VT und der RET zeigt der Vergleich zur Klassifikation von Widerstandsverhalten, der wie folgt vorgenommen wird:

- Widerstand gegen die Einsicht, daß ein Klient seine Probleme durch irrationale Ideen hervorruft,
- Widerstand gegen die Veränderung bestehender irrationaler und selbstschädigender Denkgewohnheiten und
- Widerstand gegen die Erprobung neuer Denkweisen.

Ellis warnt vor einem Mißbrauch des Widerstandsbegriffes. Es kommt vor, daß ein Therapeut die Zurückweisung einer unzutreffenden Interpretation seinerseits als Widerstand erkennt. Hält er bedenkenlos an dieser Hypothese fest und bewertet er die Ablehnung des Klienten als Beweis für die Richtigkeit seiner Annahme, reagiert der Klient oft mit verstärkter Abwehr gegen die falschen Interpretationen. Ellis gesteht weiterhin selbstkritisch ein, daß die Richtigkeit einzelner Interpretationen häufig nicht objektiv überprüfbar ist. So ist nicht zu erkennen oder zu be-

messen, wogegen sich der Widerstand des Klienten im einzelnen richtet, ob gegen den Therapeuten, die Therapieform oder die Veränderung an sich.

Übergeordnet betrachtet, ist es ohnehin überaus anmaßend, als Therapeut in jedem Fall darüber zu entscheiden, ob die Sichtweise des Klienten irrational ist oder nicht. Er stellt damit die Maßstäbe des Therapierahmens als unumstößlich hin. Es ist kein Wunder, daß ein Klient unter diesen Bedingungen entweder geneigt ist, seine eigenen Denkweisen im Sinne der Reaktanzerregung eher beizubehalten oder gar aufzugeben und den Therapieanweisungen aus Konformismus, nicht jedoch aus ehrlicher Einsicht Folge zu leisten. Dies ist für den passiv - submissiven Klienten sogar als wahrscheinlich anzunehmen. Die praktisch-therapeutischen Aufgaben überschneiden sich in einigen Punkten mit denjenigen der Verhaltenstherapie. So enthält auch die RET als wesentliches Element Eigen- oder "Hausaufgaben". Es kommt dort ebenfalls nicht selten vor, daß der Klient sie nicht durchführt. Therapeut und Klient sollten sich dann fragen, ob diese Ablehnung mit einer ungenügenden Analyse des Problems zusammenhängt oder mit irrationalen Widerstand als natürlicher Bestandteil der Klientensymptomatik. Die Indikation zur Widerstandsanalyse (Kap. 3.9.) sollte dem Therapeuten vorbehalten bleiben.

Die Literatur zum Widerstandskonzept in der RET ist relativ eingeschränkt auf die Ausführungen von Ellis (1962, 1977) und Petzhold (1981). Das mag, ebenso wie in der Verhaltenstherapie, mit dem Widerwillen einer Begriffsübernahme aus der Psychoanalyse in

die RET zusammenhängen. Die rational-emotiven Therapeuten haben mittlerweile ihre eigene Terminologie eingeführt. Es ist ein Ziel dieses Kapitels, herauszufinden, ob auch diese Therapieform gefährdend in ihrer Anwendung für den Klienten sein kann. Die entsprechenden Gegenmaßnahmen und deren Begründung sind ansonsten deckungsgleich mit den in Kap. 3.8.1. beschriebenen Ausführungen zur Verhaltenstherapie.

Nach der therapieschulenübergreifenden Forderung einer kritischen Erweiterung des Widerstandskonzeptes und seiner Anwendung, folgt nun eine diesbezüglich vergleichende Diskussion verschiedenartiger Therapierichtungen. Hierbei werden zusätzlich andere Verfahren als bislang einbezogen.

### 3.8.3. Vergleichende Psychotherapieforschung zum Widerstandskonzept

Allzulange schon grenzen sich Fachgebiete interdisziplinär gegeneinander ab. Der Kompetenzstreit verhindert es, sich die teilweise ergänzenden Ergebnisse mühevoller Arbeit zu Nutze zu machen und mittels einer fruchtbaren interdisziplinär betriebenen Forschung ein breiteres Spektrum an Meßmethoden, Theorien und Effekten anwenden und auswerten zu können. Die geschilderten Abgrenzungen findet man sogar fachintern, so auch innerhalb der "klinischen Psychologie". Gerade wenn es darum geht, durch gemeinsame Arbeit voneinander zu profitieren, sollte diese Chance genutzt werden. Dieser Ausgangsgedanke führt unweigerlich zu dem Thema einer vergleichenden Sichtweise des Widerstandes aus verschie-

denen Therapierichtungen.

Anknüpfend an Kap. 3.8.2. wird Ellis (1977) Beurteilung des Widerstandes als psychoanalytisches Konzept dargestellt. Er sieht die Gefahr in der klassischen Psychoanalyse, daß die Ablehnung von oft recht fragwürdigen und spekulativen Interpretationen durch den Klienten leichtfertig als Widerstand bezeichnet wird. Er nennt das Beispiel einer Studentin, die wegen ihrer asthmatischen Beschwerden von einer Ärztin überwiesen wurde. Aufgrund einiger Informationen über das erstmalige Auftreten der Beschwerden, glaubte der psychoanalytische Therapeut, diese Störung sei auf die verdrängten libidonösen Impulse zurückzuführen und auf ihre gestörte Partnerschaft. Er verfolgte diese Hypothese beharrlich. Die Klientin wurde dadurch gezwungen, nur über ihre Partnerschaft zu sprechen, die sie eigentlich als relativ unproblematisch empfand. Automatisch war ihr damit die Möglichkeit genommen, über die sie wirklich stark belastenden Dinge zu sprechen. Sie war derart frustriert, daß sie zu einem zweiten Gesprächstermin erst gar nicht erschien. Der Psychoanalytiker sah dies als Beweis für Widerstände gegen die seinerseits angebotenen Deutungen an. Als dieselbe Klientin kurz darauf bei Ellis in Behandlung war, haben sich beide umgehend auf den aktuellen Problembereich "Eltern - Kind Beziehung" konzentriert, sowie den Alkoholismus ihres Vaters. Sie empfand diese beiden Bereiche als sehr belastend und führte ihre asthmatischen Anfälle auch darauf zurück. Die Klientin zeigte sich im Verlauf sehr aufgeschlossen, tabuisierte kein Thema und war kooperativ. Ihre Anfälle besserten sich in ihrer Häufigkeit und Intensität in kurzer Zeit deutlich.

Es wurde ihr jetzt offenbar erstmals ermöglicht, sich aktiv mit den ursächlich problematischen Gedanken und Gefühlen auseinanderzusetzen.

Es handelt sich hier also um die gleiche Klientin, die zwei Therapien durchlief. In der ersten zeigt sich ihr Widerstand, in der zweiten nicht. Ein allgemeines Plädoyer für eine bestimmte bestimmte Therapie bei bestimmten Klienten läßt sich aus den obigen Schilderungen zwar nicht ableiten, jedoch liegt die Behauptung nahe, daß sich der analytische Therapeut unpassend zur Störung dieser Klientin verhalten hat, so daß sie keine Hilfe bekommen konnte. An diesem Beispiel sind die Vorteile eines ansonsten fruchtlosen interdisziplinären Kampfes abzulesen: der Vertreter einer Therapierichtung versucht seine eigene Vorgehensweise zu propagieren und gebraucht dazu die negative Kritik an anderen, aus seiner Sicht, konkurrierenden Therapieformen. Der Vorteil ist eine offene Stellungnahme und Aussprache über ungünstige Therapieverläufe, an deren Veröffentlichung es, wie mehrfach festgestellt, sonst leider mangelt.

Gerade beim Thema "Widerstand" ist es nicht erstaunlich, daß meist Bezug und Kritik zur Psychoanalyse genommen wird, der dieser Begriff ursprünglich entstammt. Neuere Sichtweisen bestätigen die Befunde aus Kap. 3.8.1.: die verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Literatur läßt insgesamt die Tendenz einer unbedingt erforderlichen Rekonzeptualisierung von Widerstand deutlich werden.

Bei Wittmann & Wittmann (1984) sind die entsprechenden Literaturhinweise und empirischen Daten dazu im einzelnen zu finden. Das Resümee aus diesen lautet, müsste man es mit einem Satz weitergeben: "Widerstand" wird als eine in die Interaktion umgesetzte Abwehr verstanden; Probleme mit Widerstandsverhalten sind also auch auf der Therapeut - Patient Ebene zu lösen.

Zur Untersuchung von Therapien sind komplexere - theoretische Rekonstruktionen nötig, da sich Widerstand oft nicht in beobachtbarem Verhalten zeigt. Die Bestimmung von Widerstand verlangt daher immer die Untersuchung des interaktionellen Kontextes und der Therapeutenkognitionen. Die Erhebung derartiger Daten wurde bislang im Verhältnis zu ihrer Bedeutung zu sehr vernachlässigt.

Auch die "Transaktionsanalyse" nimmt zum psychoanalytischen Konzept des Widerstandes Stellung. Weil (1984) weist im besonderen darauf hin, daß Klienten nicht aus Böswilligkeit Widerstand leisten, sondern um sich zu schützen, wenn sie keine anderen Möglichkeiten sehen, ihr altes Überlebenssystem gegen die befürchtete Veränderung zu verteidigen. Die Transaktionsanalytiker sind hier um ein fortschrittliches therapieübergreifendes Modell des Widerstandes bemüht, welches über das rein psychoanalytische Verständnis hinausgeht.

Die "Psychodramatiker" begreifen Widerstand als ein dem therapeutischen Prozeß entgegenwirkendes Nicht-Zulassen der Spontaneität (Kellermann, 1981), wobei zwischen Widerstand bei Ich-Starken und Widerstand bei Ich-Schwachen Persönlichkeiten unterschieden wird. Insgesamt betrachtet, gibt es im Psychodrama weder eine differenzierte Definition des Begriffes, noch eine einheitliche Beschreibung. An vergleichender Therapieforshung man-

gelt es. Der Begriff wurde lediglich als solcher aufgenommen und in ein dürftiges theorieimmanentes Konstrukt überführt.

Die "paradoxe Psychotherapie" bezieht Widerstand einschränkend nur auf den Aspekt der Machtverhältnisse in der Therapie: Klienten, denen es ein Bedürfnis ist, dem Therapeuten überlegen zu sein, können nur dann gewinnen, wenn sie sich der Aufgabe widersetzen (Weeks, 1985). Die Verhaltenstherapie würde das gleiche Phänomen den "Kampf um die Kontrolle" nennen. Der Widerstand ergibt sich aus dem befürchteten Kontrollverlust und der daraus resultierenden Hilflosigkeit des Klienten oder des Therapeuten. Weeks (1985) beobachtete, daß sich das Ausmaß des Widerstandes auch in Abhängigkeit von psychischem Schmerz und Unbehagen verändert. Manchmal versuchen Klienten zu vermeiden, auf die Schmerzhaftigkeit eines Problems einzugehen. Eine entsprechende Abklärung und Erörterung erzeugt gewöhnlich eine größere Betroffenheit beim Klienten und läßt ihn sich seiner zerstörenden Anteile am Problem bewußt werden, besonders wenn man sich mit ihm zusammen die langfristigen Folgen des Problems vor Augen führt. Diese Art der Auseinandersetzung der anfänglich mit Widerstand besetzten Inhalte ist zu befürchten, da der Klient seinerseits nicht an seinen Problemen vorbeigeführt wird und andererseits der Weg in einer gemeinsamen Arbeit besteht, so daß er nicht allein gelassen wird, sich übergeben fühlt und erneuten Widerstand leisten muß, um sich gegen eine Überforderung seiner psychischen Kräfte zu wehren.

Das Psychodrama, die Transaktionsanalyse und die paradoxe Thera-



pieform haben somit gar kein eigenes Widerstandskonzept im engeren Sinn entwickelt, sondern das Wort nur zur Beschreibung ungünstiger Zustände innerhalb der Therapie verwendet. Nach wie vor scheint der Begriff der Psychoanalyse und zunehmend auch der Verhaltenstherapie vorbehalten zu bleiben. In diesen beiden Therapierichtungen finden sich dementsprechend viele Arbeiten, wie ich sie in Kap. 3.8. und 3.8.1. beschrieb und sie darüber hinaus bei Wittmann & Wittmann (1984) nachzulesen sind. Enttäuschend wirkt die Tatsache, daß "Widerstand" von den übrigen Therapieformen entweder gar nicht, sehr eingeschränkt, ausschließlich auf die Psychoanalyse bezogen oder unpassend verwendet und verstanden wird. Maßnahmen gegen die Erscheinungsformen des Widerstandes bestehen nur aus spärlichen Anweisungen wie etwa "man müsse die Situation mit dem Klienten gemeinsam erörtern" (Weeks, 1985), eine echte Rekonzeptualisierung findet nicht statt. Aus diesem Grunde ist das Kapitel 3.9. der Prophylaxe und Analyse des Widerstandes gewidmet, denn die therapeutische Aufgabe besteht nicht nur in der Diagnose und Deutung des Widerstandes, sondern in der Primärprävention, wenn es sich um vermeidbaren Widerstand handelt.

### 3.9. Prophylaxe und Analyse des Widerstandes

Prophylaktisch tätig zu sein, bedeutet hier, die therapeutischen Bedingungen so günstig zu gestalten, daß der Widerstand erst gar nicht in Erscheinung tritt oder zumindest wahrscheinlich nicht zu erwarten ist. Im Grunde betrifft dies alle nur erdenklichen allgemeinen Regeln und Interventionsmöglichkeiten einer geeigneten



Therapie. Dieser Rahmen ist jedoch entsprechend dem Thema dieser Arbeit zu undifferenziert. Im Folgenden geht es daher primär nur um solche Interventionen, die sich bereits in der Praxis als günstig in Bezug auf die Prophylaxe des Widerstandes erwiesen haben.

Bei der Erfolgsmessung prophylaktischer Maßnahmen müsste man, genau genommen, einmal den Erfolg ohne diese und in einer weiteren Versuchsbedingung mit ihrer Anwendung bestimmen. Praktisch führt das aber zu einer Verfälschung des tatsächlichen Erfolges, da die erste Bedingung in einer Verlaufsmessung bei der gleichen Therapie und der gleichen Person eine Variable wäre, die den Erfolg der zweiten Bedingung mitbestimmt. Man könnte höchstens im testtheoretischen Sinn den Effekt dieser Suppressor - Variablen errechnen, um die einzelnen Erfolgsscores über die beiden Bedingungen zu trennen. Eine solche objektive Messung der Parameter ist, meines Wissens, bislang nicht gelungen. Dies könnte mit dem hohen Grad an Komplexität des Konstruktes "Widerstand" an sich zusammenhängen.

In den vorliegenden Untersuchungen wurde nach einer anderen als obig genannten Untersuchungsmethode verfahren. Hier wurde jeweils ein Vergleich zwischen dem durchschnittlichen Therapieerfolg in allen Therapieformen gegenüber der speziellen Therapie, welche die als günstig prognostizierten Variablen verwendete, vorgenommen. So kann man mit Hilfe eines Intergruppenvergleichs den Differenzbetrag als Erfolg interpretieren, da er nun ausschließlich auf die experimentell eingeführten Variablen, die sich als günstig erwiesen, zurückzuführen ist.

Wie kann nun ein Therapeut dazu beitragen, den Widerstand bzw. seine Auftretenswahrscheinlichkeit niedrig zu halten? Sämtliche Ausführungen dieses Buches zum "Widerstand" haben das gemeinsame Ziel, eine Rekonzeptualisierung des klassischen Widerstands-Konzeptes zu rechtfertigen. Ist dies erst einmal gelungen, wird der

Therapeut dem an sich behindernden und lästigen Phänomen künftig mit anderen Erwartungen entgegensetzen. Das Bewußtsein des Therapeuten sollte also dahingehend eine Entwicklung vollziehen, daß er weiß, daß Widerstand etwas ganz alltägliches, nichts therapiespezifisches ist und er ihn konstruktiv nutzen kann als zusätzliche Informationsquelle wichtiger Hinweise im Kontext der gesamten Störungsbereiche des Klienten. Der Therapeut sollte von Anfang an darauf hinwirken, dem Klienten seine eigenen Hindernisse bewußt zu machen (Kovel, 1984). Die Verhaltenstherapie nennt derartige Handlungsbarrieren "innere" und "äußere" hemmende Faktoren. Die inneren meinen negative Gedanken und die äußeren Faktoren in der Umgebung liegende negative Ereignisse, die auf die Person einwirken.

Da der Widerstand erheblich von dem Grad der subjektiv erlebten Zufriedenheit des Klienten mit dem Kommunikationsstil und der Qualität abhängt, ist hier auf Besonderheiten zu achten. Spezielle Problembereiche sind in Kap. II ausführlich besprochen worden. Neuere Untersuchungen gehen ziemlich einheitlich davon aus, daß Widerstand in der Therapie vorwiegend unter Berücksichtigung situationaler Störvariablen diskutiert werden soll (Wildwind, 1985). So kann der Therapeut sich rechtzeitig darauf einstellen, dementsprechende Techniken zur Veränderung der Klientenkonkognition und Widerstandsreduktion fallspezifisch anzuwenden. Dies bringt Implikationen für die Neustrukturierung des gesamten Therapieplans mit sich, gemäß den Schlußfolgerungen vorliegender Arbeit.

Eine einfache, jedoch gut durchführbare Strategie zur Entscheidungsfindung für oder gegen eine bevorstehende innere und äußere Veränderung hält die Gestalttherapie bereit. Sie läßt den Klienten in solchen Augenblicken entscheiden zu sagen: "Ich kann nicht" oder "Ich will nicht", wobei sie von der Falschheit des ersten Satzes ausgeht. Mit dieser Feststellung sollen keine Schuldgefühle beim Klienten erzeugt werden, indem ihm etwa unterstellt würde, er habe den Wunsch krank zu sein. Dem Klienten soll vielmehr seine eigene Kraft, sein "human potential" (Perls, 1970), bewußt gemacht werden. Diese Grundidee ist ohne weiteres auf andere Therapierichtungen zu übertragen. Der spezielle Wert dieser Strategie liegt darin, daß sich ein Mensch oft gar nicht darüber bewußt ist, ob er sich wirklich von eigenen Motiven getragen, verändern will. Selbst wenn sich der Klient nicht in derselben Sitzung zwischen dem "Ich kann nicht" oder "Ich will nicht" entscheiden kann, so ist diese grundsätzliche Überlegung als geeignete Eigenarbeit zwischen den Sitzungen zu verwenden. Entweder er wird sich bewußt, daß er sich gar nicht verändern möchte, was die Indikation zur Behandlung in Frage stellen würde oder er entscheidet sich dafür, daß er es nicht kann. Im letzteren Fall können die Hindernisse bearbeitet werden.

Außer der Möglichkeit einer Widerstandsanalyse, besteht ein weiterer Ansatzpunkt in der Widerstandsprophylaxe. Devereaux (1985) bestätigte in ihren empirischen Untersuchungen, daß zu den üblichen Grundannahmen psychotherapeutischer Arbeit folgende Elemente essentiell für die Entwicklung einer dem Widerstand entgegenwirkenden therapeutischen Beziehung sind:

- 1) Kompetenz: zum einen muß der Therapeut die technisch kognitiv-emotionalen Fähigkeiten besitzen, konkrete Maßnahmen gegen die Störung einzuleiten. Und zum anderen muß der Klient gemäß seiner KWTI (vgl. Kap. 2.4.2.) den sicheren Eindruck haben, der Therapeut sei kompetent und könne ihm helfen.
- 2) Der Therapeut muß von dem grundsätzlichen Glauben ausgehen, daß jedes Individuum gewisse Potentiale zur Veränderung und zum persönlichen Wachstum besitzt. Damit ist nicht gemeint, jeder Klient könne sich letztlich selber helfen, sowie eine vollständige Heilung ohne fachliche Beratung erfahren. Es geht darum, daß der Glaube an diese Annahme die Therapeutenwahrnehmung seitens des Klienten, et vice versa, positiv beeinflusst.
- 3) Kommunikationsstil: Es soll beidseitig ehrlich und offen kommuniziert werden. Ein spürbares Machtgefälle von Therapeut zu Klient würde ein extremes Hindernis sein. Der Therapeut kann sich dabei freundlich - anweisend und der Klient freundlich - prüfend verhalten. Die Rollenverteilung, die nun einmal per se durch den äußeren Rahmen vorgegeben ist, wirkt auf diese Weise nicht zu sehr belastend und verführt den Klienten nicht zu einem fremdmotivierten Konformismus, sondern hält ihm die Chance zur autonomen Veränderung bereit.
- 4) Werte: Therapie vermittelt Werte. Sie gehen auf Normen zurück, welche auch nach psychologisch-soziologischen Aspekten von Wissenschaftlern zum Erhalt der psychischen Gesundheit festgelegt worden sind. Hier spielen geschlechtsspezifische

Normen eine Rolle (z.B. die Benachteiligung der Frau, Schaffung bestimmter Menschenbilder). Weichen die vermittelten Werte allzusehr von den klienteneigenen Werten ab, ist mit Widerstand zu rechnen. Sofern es der Therapeut aus berufsethischen und gesellschaftlichen Gründen verantworten kann, sollte er Kompromisse bezüglich dieser Wertvorstellungen eingehen.

5) Berührung: Hiermit ist die Herstellung persönlicher Nähe gemeint. Diese kann durch Ähnlichkeiten des Klienten zu anderen Menschen (in mancher Hinsicht auch zum Therapeuten) herbeigeführt werden. Obwohl es sich bei der Behandlung um eine Dienstleistung handelt, kann kein Therapeut seine Eigenbeteiligung abstreiten. Die persönliche Berührung wird teilweise auch von unbeeinflussbaren Faktoren gesteuert, wie z.B. dem Grad an Sympathie. Kompromisse bezüglich der Nähe sind fallspezifisch abzuklären. Wagt es der Klient nicht, seine verschwiegene Antipathie gegen den Therapeuten auszusprechen, kann ihm dieser, als die relativ selbstsichere Person, dabei Entgegenkommen zeigen.

6) Sinn für Humor: Die Existenz einer behandlungswürdigen Störung verleitet sowohl den Therapeuten, wie auch den Klienten oft zu einer sehr ernsten und verbissenen Sicht der schwierigen Problemlösung. Hier ist Widerstand zum Teil einfach dadurch vorzubeugen, daß Fehlschläge auf beiden Seiten als menschlich gesehen werden, denn "Irren ist menschlich". In der Therapie sollte es sicherlich erlaubt sein, über dies oder jenes Ereignis gemeinsam zu lachen. Im Kontext kann der

Therapeut einschätzen, ob sich der Klient möglicherweise ausgelacht fühlen könnte oder ob er auch geneigt ist, der an sich unglücklichen Situation positive Seiten abzugewinnen. Beide Personen bekommen spätestens beim ersten Versuch einer humoristischen Auflebung ein Gefühl dafür, ob sie sich derartige "Einlagen" leisten können.

Ein Fallbeispiel, das u.a. wegen dieser zusätzlichen Komponente (Humor) positiv verlief, nennt Deveraux (1985). Sie schildert den Fall einer weiblichen Herzinfarktpatientin, die in einer so gestalteten Therapie ihre Gefühle von Angst, Wut, Ohnmacht, Antriebschwäche und Verzweiflung ablegen konnte.

Ist der Widerstand erst einmal in Erscheinung getreten oder vermutet der Therapeut diesen, muß er zunächst über diagnostische und therapeutische Mittel verfügen, um eine Analyse der Widerstände zu bewerkstelligen. Die Voraussetzung für die Indikationsstellung einer Widerstandsanalyse sind eindeutige Indikationskriterien, sowie die Beherrschung spezifischer Indikationskriterien, die in den Kapiteln 3.5. - 3.8.3. zu finden sind.

Grawe & Caspar (1982) geben kritisch zu bedenken, daß Widerstandsanalyse nur unter bestimmten Umständen durchgeführt werden soll. Ihre erste Empfehlung lautet, zunächst nur mit erhöhter Wachsamkeit fortzufahren.

Es ist überhaupt fraglich, ob der Widerstand grundsätzlich besondere Beachtung erfordert. So kann der paradoxe Fall eintreten, daß der Widerstand angesprochen wird, obwohl dies aus der Sicht des Klienten nicht so wichtig ist. Dadurch, daß ihn der Therapeut aber darauf aufmerksam macht, wird er kritischer gegen sich, selbst und die Veränderung durch die Therapie. Ein explizites Ansprechen der Widerstände muß also gut überlegt sein. Ist der

Therapeut nach einem längeren Beobachtungsintervall immer noch unsicher, kann er immer noch eine ausführliche Widerstandsanalyse einleiten. Falls der Widerstand dadurch nicht verstehbarer wird, kann der Therapeut nach Hinweisen zur Erweiterung der Problemdefinition suchen. Wird selbst dann ein entscheidender Widerstand nicht aufgedeckt, ist ein Therapieabbruch Überlegenswert.

Hinweise zum konkreten Vorgehen und der Beachtung eines möglichen Widerstandes sind Caspar & Grawe (1980) zu entnehmen. Ein zentraler Punkt ihres Modells ist in den hilfreichen Fragen zu den Anzeichen für Widerstand zu sehen. Sie stellen gleichzeitig hinreichende Indikationskriterien zur Durchführung der Widerstandsanalyse dar. Der Schwerpunkt der Analyse liegt eindeutig auf der Erweiterung der Problemdefinition. Dementsprechend verändern sich auch alle nachfolgenden Planungsschritte. Das Modell entstammt zwar der Verhaltenstherapie, ist jedoch ohne weiteres auf andere Verfahren anzuwenden. Es geht zunächst um die allgemeine Diagnostik des Widerstandes und anschließend um die Suche alternativer Problemdefinitionen und Lösungsstrategien. Caspar & Grawe (1980) entwickelten hiermit ein Modell hohen allgemeinen Anwendungsgrades, das leicht nachvollziehbar ist. Die Funktion ihres Modells besteht primär in der Diagnostik von Verursachungen und Erscheinungsformen des Widerstandes, sowie der Ableitung weiterer Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen. Es bietet eine rein technische Orientierungshilfe, weitergehende Variablen, wie z.B. die Qualität der Therapeut - Klient Beziehung, der Störungsverlauf der Symptome etc., müssten dann zeitlich parallel zu den einzelnen Suchschritten im Modell berücksichtigt werden.



Mit der Prophylaxe des Widerstandes ist bereits ein neuer inhaltlicher Abschnitt eingeleitet. Kapitel I-III dienen als Beweisgrundlage für tatsächlich vorhandene Gefahren und ungünstig wirkende Faktoren in der Therapie. Es wird nun versucht, eine systematische Bestandaufnahme sämtlicher potentiell negativer Faktoren vorzunehmen, um die Prüfung der Ausgangshypothese (Kap. I) anzuschließen.

### 3.9.1. Neuroseinduzierende Faktorenbereiche

Die Gesamtdarstellung aller als möglicherweise negativ wirkend anzunehmenden Faktoren soll anhand der Aufteilung in Bereiche erfolgen. Der besondere Grund ist nicht nur in einer besseren Übersichtlichkeit zu sehen, denn darüber hinaus ist es denjenigen möglich, die sich von den jeweiligen Faktorenbereichen angesprochen fühlen, sich speziell auf einen Bereich zu konzentrieren und dort selbstkritische Analysen durchzuführen. Nicht alle Faktoren konnten in nach logisch-inhaltlichen Gesichtspunkten eindeutige Kategorien geordnet werden, so daß eine Restgruppe für "sonstige" Faktoren entstand. Nähere operationale Beschreibungen zu den jeweiligen Bereichen befinden sich im Text.

Zu den sich als potentiell negativ erweisenden und erwiesen habenden Faktoren ist grundsätzlich folgendes zu bemerken: es entspräche keiner realen Situation, von kausalen Verursachungen zu sprechen; d.h., wenn Faktor A und/oder B vorhanden sind, dann trägt Person C Schaden davon; vielmehr hat die mittels zahlreicher Untersuchungen begründete Annahme Vorrang, die davon aus-



geht, daß wenn verschiedene Bedingungen oder negative Faktoren vorliegen, es wahrscheinlicher ist, daß Person C Schaden davonträgt, als hätten diese Bedingungen nicht vorgelegen, sondern entsprechende Alternativen. Das bedeutet: eine sichere Vorhersage im statistischen Sinn über das Eintreten des Ereignisses "Negativer, therapieinduzierter Effekt" ist nicht möglich. Hingegen ist das Wissen um jene potentiell negativ wirksamen Faktoren von immenser Wichtigkeit, da es dem Betroffenen die Chance eröffnet, negativen Bedingungen im Vorfeld durch Präventivmaßnahmen zu begegnen und die Wahrscheinlichkeit therapeutischer Mißerfolge zu senken. Das Eintreten von negativen Therapieeffekten jeglicher Art ist also zweifellos in seiner Pathogenese an ein multifaktorielles Bedingungsgefüge geknüpft; eine Erklärung über die Verursachung einzelner Effekte ist dementsprechend komplex bzw. differenziert und fallspezifisch zu treffen; generelle Ableitungen und Wohlverhaltensregeln für Therapeuten oder Klienten sind daher nicht angemessen.

Der Übersicht wegen befindet sich im Anschluß an die Benennung der Faktoren nur je eine Literaturangabe.

Tab. 2: Neuroseinduzierende Faktorenbereiche

BEREICH I: FAKTOREN, DIE IN MANGELHAFTER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG BEGRÜNDET SIND

Es konnte gezeigt werden, daß der Entwicklungsstand der Psychotherapieforschung längst nicht allen heutzutage als relevant erachteten Gebieten der Psychotherapie entspricht. Unser Ziel kann darin gesehen werden, aufmerksam für be-

stimmte neue Fragestellungen und Mängel zu werden, die sich konkret in folgenden Punkten nachweisen lassen:

- Unzulänglichkeiten psychodiagnostischer Testverfahren (Rachman, 1971)
- Mangelnde Erforschung von diversen Fragestellungen, die relevante Faktoren des Therapieerfolges anzeigen (zahlreiche Autoren, s.o.)
- Mangelnde Forschungsergebnisse zur Dauer und zum Verlauf der Symptomatik (Petermann, 1977), sowie Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer Herkunft des Klienten. Fragen zur Motivation werden ebenfalls unzureichend behandelt.
- Einseitige Zentrierung auf die Störungen bei Anwendung nur einer Therapieform (Petermann, 1977).
- Nicht-Bereitschaft professioneller Therapeuten an der Mitarbeit zur Erforschung ihrer eigenen Persönlichkeitsmerkmale und ggf. ungünstigen Eigenschaften (Tress, 1983).
- Globalbeurteilungen von Erfolgsquoten nur aufgrund theorieimmanenten Vorgehens (Glover et al, 1937).
- Indirekte herbeigeführte Nachteile für den Klienten durch den Umstand derzeit unzureichender Meßmethoden der Erfolgs- und Verlaufsforschung (Strotzka, 1978).
- Unbrauchbare Evaluationsansätze, da vielfach zu allgemein gehalten (Roth, 1985).
- Angabe unzureichender Kriterien zur Messung therapeutischer Wirksamkeit (Kellner, 1967).
- Mangelnde Fokussierung auf katamnestische Untersuchungen (Rachmann, 1971) oder allzu spezielle Bereiche, sowie Ne-

gativkritiken (Ladewig, 1984).

- Umgang mit Konzepten wie z.B. Widerstand ausschließlich im klassisch psychoanalytischen Sinn (Ermann, 1984) - Erklärungen des Widerstandes ausschließlich auf lerntheoretischer Basis (Timmons & Noblin, 1963).
- Behindernder Kompetenzstreit interdisziplinärer Arbeitsgebiete z.B. durch die Propagandierung der eigenen Therapieform und der gleichzeitig negativen Kritik gegenüber anderen Therapien (Ellis, 1977).

## BEREICH II: FAKTOREN, DIE IM THERAPEUTEN BEGRÜNDET SIND

- Unangemessene Indikationskriterien zur Verordnung von Psychopharmaka (Schulz et al, 1984).
- Bevorzugung bestimmter Klienten/Patienten (Fengler, 1982).
- Eigene Probleme und deren Projektion in den Therapieprozeß (Fengler, 1982).
- Mangelnde Flexibilität des Therapeuten, die sich auf den Umgang mit Klienten aus unteren sozialen Schichten bezieht (Strotzka, 1978).
- Geringes Bedürfnis des Therapeuten nach Affiliation (Viale - Val et al, 1984).
- Die Therapie ist zu sehr geplant, zu wenig Freiräume individueller Gestaltungen (van de Veen, 1981).
- Ausnutzung der Experten - Macht (French & Raven, 1959)
- Rigide Vermittlung von Werten und Menschenbildern (Brovermann et al, 1970).

- Inflexibilität im Vorgehen (Yabko, 1985).
- Begrenzte Anwendbarkeit bestimmter Therapieformen und deren unangemessene Erweiterung auf contraindizierte Störungsbereiche (Minsel, 1981).
- Mangelnde Supervision des Therapeuten durch Fachkollegen (Bastine, 1982).
- Handeln in Bereichen, in denen der Therapeut unsensibel oder nachlässig ist (Barton, 1979).
- Zu lange Pausen (Schweigen) (Zimmer, 1983).
- Inkonsistenzen im Verhalten des Therapeuten (Mintz und Luborsky, 1971).
- Einseitiges Ausüben von Kontrolle durch den Therapeuten (Hemminger/Becker, 1985).
- Deutlich unsymmetrische Beziehungsstrukturen (Grawe, 1980)
- Helfersyndrom, insbesondere persönliche Anteile des Therapeuten von Wut und Aggression, die nicht adäquat ausgelebt werden können (Schmidtbauer, 1979).
- Neurotische Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten (Riemann, 1974).
- Bei Störungen im Therapieprozeß - einseitige Ursachenzuschreibung, die zu Lasten des Klienten gehen (Kaechele, 1984).
- Negativ wirksame Faktoren, die im Therapeuten begründet sind (vgl. Kap. 2.8.).
- Ausnutzen der sozialen Abhängigkeit des Klienten (Frank, 1985).
- Die Nicht-Anwendung an sich verfügbarer, diagnostisch aufschlußreicher Testverfahren und Fragebögen, um negativen

Effekten entgegenzuwirken (Rotter, 1966).

- Hohe Attraktivität des Therapeuten (Brehm & Mann, 1975).
- Eine gegenüber dem Klienten verschleierte Vorgehensweise (Bowers, 1971).
- Berechtigter Widerstand des Klienten gegen den Therapeuten aufgrund provokanten Verhaltens (Freud, 1912).
- Unsicherheit, wenig Erfahrung, strahlt wenig Vertrauen aus (Zimmer, 1983).
- Unkontrollierte Gegenübertragungsreaktionen (Tölle, 1982).
- Das Nicht-Einhalten therapeutischer Schweigepflicht (Kovel, 1984).
- Verunsicherung des Klienten durch den Umstand, daß er seine Rechte und Pflichten nicht kennt (Kovel, 1984).
- Rein technisches, unsystematisches Herangehen an Widerstandserscheinungen (Wolpe & Asher, 1979).
- Therapeut gibt Anordnungen, selbst unter Achtungsentzug (Petzhold, 1981).
- Problemdefinition ist nicht breit genug (Caspar & Grawe, 1982).
- Vorschieben diverser Alibis (Krankheitsgewinn, Widerstand) des Therapeuten, falls der Klient sich nicht seinen Vorstellungen gemäß verhält (Wolpe, 1979).
- Mißdeutung des Therapeuten einer Zurückweisung seiner Vorschläge als Widerstand (Ellis, 1962).
- Es gelten ausschließlich die Maßstäbe des Therapeuten (Ellis, 1977).

### BEREICH III: FAKTOREN, DIE IM KLIENTEN BEGRÜNDET SIND

- Negative Vorerfahrungen mit anderen therapeutischen Einrichtungen (Hoffmann, 1985).
- Geringe intrinsische Motivation (Mitchell/Stuart, 1984).
- Negativ wirksame Faktoren, die im Klienten begründet sind (vgl. Kap. 2.8.).
- Versuche des Klienten, die Entscheidung zur Veränderung grundsätzlich zu vermeiden (Wicklund, 1974).
- Starker primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn (Zimmer, 1983).
- Der Klient sieht die Ziele nicht ein, versteht die Methoden nicht, sein Hilflosigkeitsverhalten ist in der Vergangenheit operant verstärkt worden (Zimmer, 1983).
- Der Klient befürchtet (rein subjektiv) eine Verletzung seiner Bedürfnisse oder Ziele (Grawe & Dziewas, 1978).

### BEREICH IV: FAKTOREN, DIE IN INTERAKTIONELLEN VARIABLEN BEGRÜNDET SIND

- Negative Bedingungen, die mit der Hautfarbe des Klienten/Therapeuten (Stone, 1985) und/oder der Staatszugehörigkeit zusammenhängen (Midley, 1984).
- Diskrepanzen in den Erwartungen an die Therapie aus Klienten- bzw. Therapeutensicht (Goldberg, 1980).
- Kognitive Dissonanzen, besonders im Erstgespräch (Kuda, 1983).
- Klientenwahrnehmung mangelnder Fähigkeiten beim Therapeuten bezüglich seiner Kompetenzen und der Fähigkeit,

zuhören zu können (Dyck et al, 1985).

- Therapeutische Doppelbindungen (unter bestimmten Umständen) (Kap. 2.1.4., Weeks, 1985).
- Paradoxe Kommunikation und Anweisungen (unter bestimmten Umständen) (Hemminger/Becker, 1985).
- Geschlechtszugehörigkeit des Klienten/Therapeuten (unter bestimmten Umständen) (Person et al, 1974).
- Zugehörigkeit zu einer Sozialschicht (Halder, 1978).
- Neutrale bis negative Wahrnehmung therapeutischer Interaktion (KWTI) (Kalfas, 1974).
- Kommunikative Schwierigkeiten (Lärm, eigenes Unverstehen, Mißverstehen, Ermüdung ... Kap. 2.4.4., Bliesener, 1984).
- Auslösung von Reaktanz (Haley, 1978).
- Alle Erscheinungsformen des Widerstandes, die während des Therapieverlaufs nicht lösbar sind (Zimmer, 1983).
- Miteinander nicht vereinbare Verhaltenspläne des Klienten, die eine Einstellung gegen Veränderung implizieren. Der Therapeut verhält sich nicht komplementär zu diesen Plänen (Caspar & Grawe, 1982).
- Bestehen anderer Bedürfnisse zur gleichen Zeit - Auswirkungen auf die Qualität der Interaktion (Wittmann & Wittmann, 1984).

#### BEREICH V: FAKTOREN, DIE AUF SONSTIGE UMSTÄNDE ZURÜCK-ZUFÜHREN SIND

- Psychiatrische Zwangstherapie z.B. per Gerichtsbeschluß oder bei Kindern, die über ihre Teilnahme an Psycho-

therapie nicht selbst entscheiden (Benos, 1984).

- Klienten haben mehr Angst vor Therapien als Therapeuten
  - Entstehungsbedingungen einer unsymmetrischen Beziehung (Smith, 1984).
- Institutionelle Hindernisse: Dominanz der Berufsgruppe, das Prestige bestimmter Methoden, die Verfolgung bestimmter Theorien, die Form der Hierarchie, der Spezialisierungsgrad und mangelnde finanzielle Mittel (Jaeggi, 1983).
- Nachteile in der freien Praxis: finanzielle Abhängigkeit vom Klienten, keine Zeit für Supervision, keine Klientenselektion, Therapeutisierung von Problemlagen (Jaeggi, 1983).
- Unwillkürlich und willkürlich ablaufende Prozesse in Gruppentherapien, die dem Einzelnen die Möglichkeit zur selbstgefundenen Entscheidung nehmen (Tress, 1983).
- Negative Faktoren, die auf außerhalb des Therapie Rahmens liegende Ursachen zurückzuführen sind (Worchel, 1972).
- Operante Aufrechterhaltung der Symptome durch die Beteiligung der Angehörigen (Zimmer, 1983).
- Die anfängliche Existenz günstiger Bedingungen ist keine Garantie für eine sichere Prävention von Mißerfolgen, die auf andere Faktoren zurückzuführen sind (Caspar & Grawe, Fallbsp., 1982).

Genannte Faktoren dienen uns als Grundlage zur anschließenden Hypothesenprüfung anhand der operationalisierten Begriffe, die in



Kapitel 1.2. im einzelnen erläutert wurden.

### 3.10. Überprüfung der Ausgangshypothese

Es soll weitestgehend auf Wiederholungen verzichtet werden, doch ist die nochmalige Nennung der Neurosedefinition unumgänglich, da sich die nachfolgende Argumentation auf Begriffe bezieht, welche die Neurose als solche erkenntlich machen. Sie lautet (WHO, 1979):

ERLEBNISBEDINGTE STÖRUNGEN DER PERSON - UMWELT

BEZIEHUNG MIT PSYCHISCHER UND/ODER KÖRPERLICHER SYMPTOMATIK

VON KRANKHEITSWERT

Ziel dieses Abschnittes soll nicht der Nachweis sein, man könne Patienten/Klienten via Therapie neurotisch machen. Es geht vielmehr um die stichhaltige Begründung der Annahme, daß Patienten sogar in einer psychotherapeutischen Behandlung, von der man annimmt, daß sie dort per se gut aufgehoben seien, Schaden von Krankheitwert für sie entstehen kann. Dabei ist wichtig, jegliche Schuldzuweisungen über Verursachungen zu vermeiden. Sie würden uns sicher keinen Lösungsweg eröffnen, sondern eher das Bild eines Anzuklagenden hinterlassen. Obige Neurosedefinition soll deshalb als angemessener Ausgangspunkt zur Entstehung eines psychischen und/oder physischen Schadens gesehen werden, weil man davon ausgehen kann, daß jene Neurose (s.o.) tatsächlichen Krankheitwert besitzt, den es zu lindern gilt. Ebenso muß der Therapeut bestrebt sein, einen derartigen Schaden zu vermeiden, der sich innerhalb des therapeutischen Prozesses vollzieht.

Zur Überprüfung obiger Hypothese lautet die erste Frage: Ist die Annahme begründet, daß es derart wirksame Faktoren in der Psychotherapie geben kann, die eine "erlebnisbedingte" Störung des Klienten erwarten lassen?

Hier geht es um den emotionalen Anteil in der Klientenpersönlichkeit. Um überhaupt nachhaltig und negativ darauf einwirken zu können, muß die notwendige Bedingung erfüllt sein, daß die Therapie als Umweltereignis und die Begegnung mit dem Therapeuten als professionellem Helfer und Person zum Zeitpunkt der Therapie für den Klienten von Bedeutung ist. Diese Prämisse ist schon deshalb plausibel, weil der Klient in der Regel mit Leidensdruck in die Behandlung kommt und Hoffnung in die Person des Helfers setzt. Seine Symptomatik hat große Bedeutung für ihn, er hält sie für veränderenswert. Selbst bei zwangseingewiesenen Patienten trifft diese Voraussetzung zu, da gerade bei ihnen von einem hohen Angstpotential gegenüber der Therapie ausgegangen werden kann. So hat sie auch im negativen Sinn große Bedeutung für ihn.

Störungen der Erlebnisverarbeitung, die bereits genannt wurden, sind besonders in der mangelnden Flexibilität des Therapeuten zu sehen, d.h. in seiner Unfähigkeit, sich emotional auf das Befinden des Klienten einzustellen. Hierunter fallen alle Arten von Diskrepanzen beider Personen, wie etwa: negative Einflüsse durch Rassenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter, kognitive Dissonanzen, gegensätzliche Erwartungshaltungen, Klientenwahrnehmung mangelnder Fähigkeiten des Therapeuten, negative Vorerfahrungen mit anderen therapeutischen Einrichtungen, Zwangs-

therapie, Ausnutzung von Experten - Macht, grundsätzliche Angst des Klienten vor einer Psychotherapie, unsensible bis nachlässige Therapeutenreaktionen, Inkonsistenzen in dessen Verhalten, kommunikative Schwierigkeiten, Kontrollverlust des Klienten ohne Unterstützung durch den Therapeuten, neurotische Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten, Reaktanz- und Widerstandserregungen, soziale Abhängigkeiten, Nicht-Transparenz des Vorgehens, unkontrollierte Gegenübertragungsreaktionen, Unsicherheiten des Therapeuten, allzu lockerer Umgang mit der Schweigepflicht, Unkenntnis und Zurückweisungen seiner Phantasien und Deutungen. Allen Merkmalen ist gemein, daß sie Angst, Bedrohung, Beunruhigung, Kränkung und die Enttäuschung des Klienten ausdrücken. Dies sind eben genau die emotionalen Zustände, welche per definitionem als "erlebnisbedingte Störung" im therapeutischen Kontext verstanden werden. Man kann also davon ausgehen, daß innerhalb der Psychotherapie eine erlebnisbedingte Störung entstehen kann.

Um einen weiteren Hinweis zur Hypothesenprüfung zu erhalten, müssen wir auf den zweiten in der Definition genannten Begriff Bezug nehmen. Ist ebenfalls zu erwarten, daß der "Person-Umwelt Bezug" mittels der Therapie nachhaltig gestört werden kann?

Die Antwort muß sowohl biologische, als auch psychologische Lebensbedingungen berücksichtigen. Es geht hier um die Entscheidung, ob innerhalb der Psychotherapie die Art, Dauer und Stärke negativer Einwirkungen die Belastbarkeit der individuell psychosomatischen Disposition des Klienten unter den genannten, negativen Umständen übersteigt. Das Kriterium, welches bestimmt,

ob der Klient überfordert oder neurotisiert wird, kann primär nur seine eigene subjektive Beschreibung sein. Hinweise, die den zahlreichen Untersuchungen zu entnehmen sind und diesbezüglich negative Wirkung entfalten, sind: leichtfertige Verordnung von Psychopharmaka (als Faktor auch mit physischem Überforderungscharakter), die Projektion der Probleme seitens des Therapeuten und kognitive Dissonanzen. Sie erschweren den Fortgang der Veränderung und lassen zusätzliche Arbeit entstehen, die weitere Bewältigungsstrategien erfordert. Zwangstherapien stellen eine ganz besondere Belastung dar. Hier fehlt die Motivation, es geht oft nur um das "Durchhalten", die Therapie als Stressor zu ertragen. Auch mit Doppelbindungen und paradoxen Botschaften, sowie bestimmten interaktionellen Plänen des Therapeuten kann der Klient sehr leicht überfordert sein, da er zuerst über einige kommunikative Fertigkeiten und eine gute Verbalisationsfähigkeit verfügen müsste, damit ihm derartige Interaktionsmuster helfen können.

Jede Art der Ausnutzung von Experten - Macht stellt für den Klienten eine weitere Belastung des Person - Umwelt Bezugs dar. Er hat als Hilfesuchender nahezu keine Chance, mittels eigener Ideen wahrheitsgemäße Erklärungen für dieses und jenes therapeutische Vorgehen zu entwickeln. Die Nicht - Transparenz erzeugt Angst vor dem Ungewissen, geht einher mit dem Gefühl von Kontrollverlust und ist eine Überforderung für den Orientierungssinn des Klienten.

Auch die Verhaltensebene kann Störungen auf der Person - Umwelt

Ebene herbeiführen. Beobachtungen aus Untersuchungen zeigen, daß Inkonsistenzen im Therapeutenverhalten den Klienten nachhaltig negativ beeinflussen, da dieser verständlicherweise ein geordnetes, konsistentes Verhalten und Vorgehen erwartet. So befindet er sich vor dem neuen und zusätzlichen ungelösten Problem, das wechselhafte Verhalten seines Gegenübers zu deuten. Besonders wirkungsvoll im negativen Sinn kann diese Situation bei Patienten werden, die dazu neigen, das aus ihrer Sicht unverständliche Verhalten auf eigene, interne Ursachen zu attribuieren, wie man es häufig bei Menschen mit negativem Selbstbild findet.

Zu einer Störung des Erlebens im Person - Umwelt Bezug kann es weiterhin durch die Konfrontation des Klienten mit einer neurotischen Therapeutenpersönlichkeit kommen. Eine Störung ist in diesem speziellen Fall besonders wahrscheinlich, da der Therapeut negativen Modellcharakter hat. Besteht hier eine allzu große Divergenz in den Zielvorstellungen, ist nicht zu erwarten, daß eine therapeutische Übertragungsreaktion dem Klientenwohl zuträglich ist. Gleichsam unterdrückt wird der Wille des Klienten auch in einer Gruppensituation, da eine ohnehin schon verunsicherte Person sich eher dem sozialen Druck und den internen Normen ausgesetzt fühlt, als sie den Mut aufbringen kann, ihr wahres Befinden zu äußern. Einem solchen Druck ist der Klient ebenfalls in jeder Art der Überredungskommunikation ausgesetzt; denn er ist noch nicht kompetent und geübt genug, sich dem zu widersetzen. Das offene Aussprechen von Unbehagen und Widerständen fällt dem Klienten nicht nur schwer, sondern übersteigt

obig erwähnte Grenze seiner individuell psychosomatischen Disposition. Es ist bedauerlicherweise häufig so, daß seine eigenen Deutungsvorschläge des problematischen Verhaltens vom Fachmann zurückgewiesen werden. Es geht dabei nicht vorwiegend um die Tatsache der Zurückweisung an sich, vielmehr hängt die Wirkung von der Art und Weise ab, mit der dies geschieht. Die "Klientenzentrierte Wahrnehmung Therapeutischer Interaktion" (KWTI) als Bewertungsinstanz kommunikativer Qualität korreliert wiederum mit der allgemeinen Zufriedenheit in der therapeutischen Beziehung. Ihr kommt daher insgesamt ein hoher Stellenwert in der Bewertung psychotherapieinduzierter Effekte zu.

Mit Hilfe der besonders im Hinblick auf obige Fragestellung sensiblen Indikatoren konnte insgesamt gezeigt werden, daß die Annahme begründet ist, der "Person - Umwelt - Bezug" könne innerhalb der Therapie nachhaltig gestört werden.

Die anschließende Frage bezieht sich auf den nächstgenannten Begriff in der Neurosedefinition: Ist mit den möglicherweise negativ wirkenden Faktoren innerhalb der Therapie eine "psychische und/oder körperliche Symptomatik" als Folgeerscheinung verbunden?

Der Akzent liegt hier nicht auf psychisch negativen Konsequenzen, sondern auf der psychosomatischen Wirkung einer Therapie. Wir müssen den definierten Bereich herkömmlicher psychosomatischer Erkrankungen wie etwa: Anorexia nervosa, Asthma bronchiale, Herzinfarkt, Magen-, Darmentzündungen und Geschwüre etc. von der Neurose als Folgeerscheinung abgrenzen. Neurotische und psycho-

somatische Erkrankungen müssen getrennt klassifiziert werden, damit ihre Bestimmung noch Wert haben kann. Es wird also lediglich um die Überprüfung der Annahme gehen, ob sich die negativen Auswirkungen der Behandlung sowohl auf seelische, als auch auf körperliche Faktoren beziehen lassen. Ohne speziell einen der genannten negativ wirksamen Faktoren aufgreifen zu müssen, ist plausibel, daß sich sämtliche negativen Wirkungsweisen auf das "Erleben" des Patienten (vgl. s.o.), d.h. auf seine affektive Spannung übertragen. Sie führen somit durch die Erzeugung von Ängsten und Unsicherheiten zu einem hohen physiologischen Erregungsniveau, das zeitlich mit der Intensität und Dauer psychischer Spannungszustände eng in Verbindung steht.

Direkte negative Auswirkungen sind mit großer Wahrscheinlichkeit bei der unangemessenen Indikation zur Verordnung von Psychopharmaka gegeben. Ihre Nebenwirkungen beziehen meist sowohl die psychische (Gewohnheiten), als auch die körperliche Ebene mit ein (Suchterscheinungen, unangenehme somatische Beschwerden).

In diesem Zusammenhang möchte ich ganz besonders auf die Untersuchung von Denber (1975) verweisen, der diverse negative Nebenwirkungen nach Tranquilizergabe beobachtete. Darüber hinaus wies Linden (1977) darauf hin, daß es heutzutage nicht mehr nötig sei, die Dosis für Neuroleptika so hoch zu wählen, bis es zu extrapyramidalen Störungen komme (entgegen Haase (1972), der dies als notwendig postulierte), dadurch werde nur eine zusätzliche Belastung induziert.

Zusätzlich nennt Linden (1977, S. 96) allgemeingültige Kriterien für eine verantwortungsbewußte Verschreibung suchtfördernder Medikamente. Sie sind eben gerade aufgrund der bisweilen gedankenlosen Verschreibungspraxis entstanden.

Insgesamt läßt sich begründet annehmen, daß mehr oder weniger



alle möglicherweise negativ wirksamen Faktoren als Stressoren fungieren und psychische und/oder körperliche Symptome nach sich ziehen. Sicher läßt sich sagen, daß unter diesen Voraussetzungen die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Krankheitsgeschehens erheblich erhöht ist, besonders bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer solcher Faktoren.

Obige Frage muß demnach bejaht werden und ist als weiterer gefährdender Bereich in die Beantwortung der Fragestellung einzubeziehen.

Abschließend geht es um die Frage, ob die therapieinduzierte Neurose "Krankheitswert" besitzt.

Dieser letzte Begriff der Definition ist deshalb von so entscheidender Bedeutung, weil das Ausmaß der herbeigeführten Störung das wichtigste Entscheidungskriterium für oder gegen die Anerkennung einer tatsächlich bestehenden und zu behandelnden Störung darstellt. Negative therapeutische Effekte ohne Krankheitswert sind hiervon abzugrenzen. Dort handelt es sich nicht um nachhaltige Wirkungen, sondern um solche, die relativ kurzfristig in gemeinsamer Arbeit bewältigt werden. Dabei kann es sich z.B. um eine kurzzeitige Krise handeln, die in Verbindung mit dem aktuellen Entdecken negativer Gefühle steht. Sie ist dem Veränderungsprozeß jedoch nicht nachhaltig im Wege und kann den Klienten nicht gefährden. Im Falle, daß negative Einflüsse auf ihn einwirken, wie sie beschrieben wurden, befindet er sich nicht in einem Zustand optimaler Anpassung und eines weitestgehenden körperlichen und seelischen Wohlbefindens. Die optimale Adap-



tion an seine Umwelt ist durch die Therapie gestört. Die Gründe sind im einzelnen den Faktorenbereichen zu entnehmen. Die Anpassungsreaktionen im Sinne gesunden Handelns können sowohl durch Faktoren evoziert werden, die in interaktionellen Variablen begründet sind, wie auch potentiell durch Faktoren der vier anderen Bereiche. Diese Unspezifität hängt mit der Komplexität der Bedingungen zusammen, welche bei dem jeweiligen Individuum, das sich in einer für es ganz speziellen Lebenssituation befindet, eine Fehlanpassung verursachen.

Somit läßt sich aus den gesamten Überlegungen und Beobachtungen über das Auftreten und die Erscheinungsformen negativ verlaufender Therapien die Aussage begründen, daß innerhalb eines psychotherapeutischen Behandlungsprozesses eine derartige Wirkung im Klienten hervorgerufen werden kann, die einer allgemein anerkannten Neurosedefinition entspricht. Wie im Einleitungskapitel bereits angedeutet, ist die Überprüfung der Hypothese nicht primär darauf ausgerichtet, den Hauptakzent auf die als Neurose definierte Wirkungsmöglichkeit der Psychotherapie zu legen. Das Ziel ist die Bewußtmachung anderer als bislang bedachter Wirkmöglichkeiten der Behandlung zu thematisieren und diese in eine vergleichende Diskussion mit einer als "Neurose" bezeichneten Form psychischer Fehlanpassung zu bringen. Begreifen wir Psychotherapie nun nicht mehr ausschließlich als eine außerhalb des alltäglichen Lebens stehende Situation, ist es möglich, sie als Faktorenkomplex in die Ätiopathogenese einer neurotischen Störung einzugliedern und beginnen, aufmerksamer für die Gefahren einer professionellen Behandlung seelisch belastender Probleme

zu werden.

Eine Teilreformation dieser änderungswerten Umstände besteht zwar schon allein in dem Wissen um jene Effekte, ein ebenso notwendig anderer Teil besteht in der Prävention durch angemessen qualifizierte Psychotherapeuten. Man könnte diese Sichtweise für einseitig halten, besonders weil ich einen Faktorenbereich aufführte, in dem negative Verursachungen im Klienten begründet sind. Es kann aber nach wie vor nur der psychisch und physisch gesunde Therapeut sein - und nicht der ohnehin sehr belastete Klient - der Gegenmaßnahmen in allen Faktorenbereichen einleitet. Der Helfer ist seinerseits natürlich im weiteren Verlauf auf die Mitarbeit des Klienten angewiesen, jedoch obliegt ihm allein die erste Pflicht, therapeutisch sinnvoll, d.h. im Sinne des Klientenwohls, zu handeln. Hiermit sind selbst Bereiche gemeint, die wahrscheinlich vorwiegend auf im Klienten begründete Faktoren zurückgehen.

Wie gezeigt werden konnte, gibt es Chancen, die Irrwege beider beteiligten Personen zu vermeiden oder zumindest Alternativen zu wählen. Diesen Tatbestand zu überblicken, ist dem Klienten nicht ohne weiteres zuzumuten. Das vierte Kapitel ist deshalb, gemäß der Argumentationsstruktur (Kap. 1.3.) der Aus- und Fortbildung von Psychotherapeuten gewidmet. Es wird eine Momentaufnahme bestehender Modelle erfolgen, um anschließend spezielle Aspekte schulenübergreifend hervorzuheben.

#### 4.1. Therapeutenaus- und fortbildungsmodelle

Vorliegendes Buch richtet sich in der Hauptsache an praktizierende Therapeuten oder solche, die es werden wollen. Im Überblick sahen wir bereits, daß es mehrere, voneinander relativ abgrenzbare Bereiche von Störquellen psychischer Gesundheit gibt. Dem Ziel vorliegender Arbeit folgend, ist hier in erster Linie derjenige Bereich wichtig, welcher im weitesten Sinn die Negativmerkmale des Therapeuten als Persönlichkeit einerseits und als professionellem Helfer andererseits betrifft. Es geht mir im Folgenden um den groben Entwurf einer Aus- und Fortbildung, die Richtlinien enthält, welche den Störgrößen in möglichst sicherer Weise entgegenwirken. Hierbei steht die Bedeutung des Einsatzes angewandter Mittel und Techniken ebenso im Vordergrund, wie auch der Bereich der Selbsterfahrung und persönlichen Entfaltung. Der Schwerpunkt des Schlußkapitels liegt nicht zuletzt deshalb auf obigem Thema, weil es am zweckmäßigsten ist, für die Zukunft präventiv zu planen. Eine schlechtere Lösung bestünde in der Beseitigung bereits entstandener Störungen. Unsere Hauptaufgabe liegt also diesbezüglich bereits in der Eliminierung erkennbarer Störquellen im Vorfeld negativer Effekte in der Therapie.

#### 4.2. Die derzeitige Situation unter berufspolitischer Perspektive und bestehende Fortbildungsangebote

Die allgemeine Nachfrage nach Psychotherapie ist so groß, daß die in den traditionellen Disziplinen - Psychologie, Psychiatrie und Sozialarbeit - ausgebildeten Therapeuten den tatsächlichen Bedarf

nicht annähernd decken können. Diese Bedarfslücke wird teilweise durch Nichtfachleute aller Art ausgefüllt. Es gibt viele Gründe anzunehmen, daß der Psychotherapeuten-Boom in den 60er und 70er Jahren zwar die Quantität des Angebots gehoben, doch die Qualität beruflicher Ausbildung eher gesenkt hat. Schlägt man heutzutage diverse Fachzeitschriften oder populärwissenschaftliche Zeitungen auf, entdeckt man unwillkürlich eine derart überhöhte Anzahl offerierter Fortbildungen für Therapeuten oder auch für jedermann, daß allein diese Tatsache zur Skepsis anregen sollte. Irritierend ist weiterhin die Konfrontation mit Phantasienamen jeglicher Schattierung.

Die Bezeichnungen variieren in Begriffen wie z.B. "HUNA-Offenbarung eines uralten Wissens um die Existenz der Sie führenden, weisen, eigenen höheren Wesenheit" über "Psychosynthese" bis hin zu "Erfolg mit Auto-Suggestion". Diese Liste ließe sich fortführen (z.B. Psychologie Heute, jede Ausgabe).

Die meisten Kurse richten sich an interessierte Laien, wie auch professionelle Therapeuten. Die persönlichen Motive der jeweiligen Kursleiter erscheinen, unter obigen Prämissen, wohl eher zur Skepsis zu berechtigen, hat der Auszubildende ein ernsthaftes und therapeutisch-wissenschaftliches Interesse daran. Nicht nur dem "normalen Bürger", sondern sogar dem vorgebildeten Therapeuten muß es unter diesen widrigen Umständen schwer fallen, die richtige Wahl für seine berufseigene Entscheidung zu einer wissenschaftlich begründeten Fortbildung zu treffen. Das Problem bezieht sich nicht nur auf den Umgang mit Scharlatanen, sondern ist ebenfalls Bestandteil des therapeutischen Alltags vieler Fachkrankenhäuser.

Bereits Schwarz (1983) kritisierte die Kommerzialisierung der Suchtbehandlung als Beispiel der allgemeinen Situation.

Es verwundert nicht, daß unter diesen Voraussetzungen der unmittelbare Kontakt zum Patienten gestört wird. Eine gewisse Distanz ist bereits durch die Helferausbildung vorbereitet. In universitären Vorlesungen und Seminaren sind Umfragen zur Motivationsfrage eines Medizin-, Psychologie- und Sozialarbeiterstudiums durchgeführt worden. Viele Studierende, die Angaben variieren von 10%-30% (mündl. Mitt. div. Universitäten, 1986) sehen den Sinn darin, ihre eigenen Gefühle der Vereinsamung und ihre Schwierigkeiten, andere Menschen zu verstehen, dadurch zu überwinden. Ihre Lehrer sind nicht selten Theoretiker, die kaum noch mit Klienten arbeiten. Innerhalb der Hochschule lernt der Student allenfalls, seine bestehende emotionale Unsicherheit immer perfekter zu rationalisieren und seine Beziehungswünsche als unwissenschaftlich abzuqualifizieren. Der Praxisschock für Berufsanfänger ist daher fast ein sicheres Ereignis. Der junge Therapeut muß sich erst einmal mit einiger Mühe vom methodenkritischen Experimentator auf die menschlichen Bedürfnisse seines Klienten umstellen. Diesem Anspruch gerecht zu werden, ist für den noch unerfahrenen Kliniker nicht einfach, da er sich zunächst selbst durchsetzen muß.

Ein Beispiel für die eigenen Schwierigkeiten in der Praxis ist die nachweisbare Situation, daß die Vorherrschaft der Mediziner - auch im Bereich der Psychotherapie - zum großen Teil auf geschickter Kontrolle ihres nicht zuletzt finanziellen Monopols bei der Krankenversorgung beruht und nicht unbedingt auf echten Verdiensten (Kovel, 1984).

Die Praxis stellt somit der freien Entfaltung persönlich und the-

therapeutisch wertvoller Eigenschaften Hindernisse in den Weg. Erschwerend kommt hinzu, daß Therapeuten (falls sie Nicht - Mediziner sind) nicht staatlich geprüft werden, eine einheitlich gut angelegte Aus- und Fortbildung entfällt. Das Niveau der verschiedenen Angebote variiert beträchtlich.

Informationen über Aus- und Fortbildungsinstitute sind jederzeit beim Bundesministerium für Bildung und Forschung erhältlich. Spezielle, fachliche Fragen sind allerdings besser an die dementsprechend eigens dafür qualifizierten Dozenten der jeweiligen Institutionen zu richten. Darüber hinaus geben Bastine et al (1982, S. 22-27) einen Überblick über Weiterbildungsverbände und Institutionen.

Besonders beim Patienten besteht hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen seines Therapeuten keine Sicherheit. Er kann seinerseits nur kritisch prüfen, ob sich zu ihm eine gute Arbeitsbeziehung herstellen läßt, alle anderen Faktoren sind erst sekundär unter diesem Aspekt zu bewerten.

Vergleicht man interdisziplinär Psychiater, Psychologen und psychiatrische Fürsorgler in ihren Therapieerfolgen, so müsste man Rückschlüsse auf die Güte ihrer Ausbildung ziehen können. Es konnte jedoch empirisch lediglich nachgewiesen werden, daß sie sich hinsichtlich ihrer Vorgehensweisen unterscheiden lassen. Der empirisch gesicherte Nachweis über den Nutzen ihrer unterschiedlichen Therapien ist bislang nicht gelungen (Strotzka, 1978). Wir lernen daraus, daß die Beurteilung therapeutischer Aus- und Fortbildungen nur gelingen kann, wenn der Untersucher bestimmte Ausbildungsmodelle als Ausgangspunkt betrachtet und keine Einteilung nach Berufsgruppen vornimmt.

Die beiden wohl am weitest verbreiteten Therapierichtungen sind heutzutage die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie; daher halte ich die Darstellung des herkömmlichen Ausbildungsverlaufes gerade dieser beiden Richtungen für besonders praxisrelevant.

#### 4.2.1. Die Grundzüge der psychoanalytischen Ausbildung

Im Vergleich zu neueren Psychotherapierichtungen bewahrte die Psychoanalyse ein relativ traditionelles Ausbildungsprogramm in ihrer Entwicklungsgeschichte. So ist auch in einigen Jahrzehnten noch davon auszugehen, daß die nachfolgenden Ausführungen Gültigkeit haben. Die meisten Absolventen an psychoanalytisch orientierten Instituten sind Psychiater. Ihre Grundausbildung ist medizinischer und weniger psychologischer Art. Im Laufe ihrer Ausbildung durchlaufen sie selbst den Prozeß der Analyse, um sich in hohem Maße in ihrer Ganzheit kennenzulernen und sich in die Situation ihrer späteren Patienten besser hineinversetzen zu können. Ziel der Ausbildung ist die Beherrschung der psychoanalytischen Techniken und der Theorieanwendung, auf der sie beruht. Der Schwerpunkt besteht aus der detaillierten, ständigen Supervision ihrer Arbeit durch Lehranalytiker. Ergänzend werden Vorträge und Seminare angeboten, in denen Fallbesprechungen stattfinden. Das Ausbildungsprogramm ist insgesamt langwierig, mühsam und teuer. Es dauert zwischen 4 und 6 Jahren und kostet ca. 40.000 DM.

Der Bereich, in dem sich der Auszubildende befindet, ist einer abgeschlossenen Insel vergleichbar, auf der ein einheitlicher Standpunkt vertreten wird. Dieser Indoktrinationsvorgang wird

am stärksten durch die Lehranalyse unterstützt. Wir sahen in früheren Kapiteln bereits, daß Inflexibilität im therapeutischen Vorgehen ein erheblich hinderndes und gefährdendes Element für das Wohl des Klienten sein kann. In dem geschilderten Ablauf des psychoanalytischen Werdeganges ist ein späteres rigides Vorgehen nur allzu wahrscheinlich. Obwohl die Neoanalyse andere Konzepte integrierte, fehlt es hier immer noch an Bestandteilen und Verbindungen zu anderen Therapierichtungen. Glover (1952, S. 403), einer der führenden Psychoanalytiker, beschrieb die Indoktrination kritisch mit den Worten: "Es ist kaum zu erwarten, daß ein Kandidat, der Jahre unter den künstlichen ... Bedingungen einer Lehranalyse zugebracht hat und dessen berufliche Laufbahn davon abhängt, daß er zur Zufriedenheit seines Lehranalytikers den <Widerstand> überwindet, in einer günstigen Lage sein wird, seine wissenschaftliche Integrität gegen die Theorie und Praxis des Analytikers zu verteidigen ..., denn seinem Analytiker zufolge sind die Einwände des Kandidaten gegen Deutungen als Widerstand zu werten. Kurz, in der Ausbildungssituation ist eine Tendenz angelegt, Irrtümer zu verewigen".

So sinnvoll es auch sein mag, innerhalb einer beruflichen Fortbildung bestimmte Curricula und Richtlinien zu erstellen, so schädlich sind Vorgaben, die zu Verkrustungen beitragen. Geht der künftige Analytiker ausschließlich theorieimmanent und hypothesengeleitet vor, wird er dem Patienten primär nur solches Material entlocken, das seine eigenen Ansichten bestätigt und eigentlich wertvolle Daten übersehen. Die therapeutischen Indikationen sind dann den individuellen Symptomen unangemessen.



Glover (1952) betont das Abhängigkeitsverhältnis des Lernenden von seinem Lehrer als Hemmnis, eben diesen Irrtümern vorzubeugen. Eine gleichberechtigte und aufgeschlossener Meinungsbildung würde allen Beteiligten vieles erleichtern. Dies gilt ganz besonders für den Umgang mit Klienten, die als widerspenstig beurteilt werden.

Der Therapeut nimmt das ihm angebotene Material fraglos hin und übersieht dabei seine eigene operante Konditionierung bei diesem Vorgang. Mit dem Begriff ist hier besonders die zunehmende Schematisierung und Automatisierung oder anders gesagt, die abnehmende Sensibilität für aktuelle Problembereiche und Individualdiagnostik angesprochen, welche notwendigerweise jenseits der in der einseitigen Ausbildung gelernten Inhalte zu erkennen ist.

Die allgemeine Ausbildungssituation spiegelt sich am deutlichsten in der späteren Praxis wieder. Im Zusammenhang mit dem Phänomen des Widerstandes wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Ablehnung einer Deutung meist als Widerstand des Patienten interpretiert wird. Frank (1985, S. 246) formuliert dazu: "Dem jungen Analytiker wird geraten, angesichts solcher Verhaltensweisen nicht <abwehrend> zu werden - das heißt, nicht einmal indirekt zuzugeben, daß sein Standpunkt einer Verteidigung bedarf". Ich finde es nicht verwunderlich, wenn sich der Patient in seinem Anliegen nicht ernst genommen und akzeptiert fühlt. Unter diesen Bedingungen muß er den Fachmann vorbehaltlos in seiner Autorität anerkennen oder sich entschließen, die Behandlung zu beenden.

Im Gegensatz dazu stellt die Eigenanalyse einen insgesamt positiv zu bewertenden Abschnitt ihrer Ausbildung dar. Ziel ist es, daß

der Analytiker sich selbst in der Rolle des Analysanden erlebt und diejenigen Veränderungen in seiner Persönlichkeit vollzieht, von denen man annimmt, sie gehörten zu einem guten Therapeuten. Daß seine Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Rolle auf der interaktionellen Ebene bei der Behandlung spielen, steht außer Frage. Ist der Helfer in seiner eigenen Person befangen, so überträgt sich diese Charakteristik auf den Patienten.

Eine bereits klassisch gewordene Kritik im Hinblick auf die therapeutische Wirksamkeit der Selbstanalyse ist die, daß sie per definitionem die Existenz und die Intervention einer zwischenmenschlichen Beziehung ausschließt. Schon Freud (1904) hat auf den beschränkten Charakter der Selbstanalyse hingewiesen (Laplanche/Pontalis, 1986). Diese Kritik ist insofern zu relativieren, als daß die Selbstanalyse nur als ein Element der Ausbildung gilt und mit anderen Verfahren kombiniert erst ihre Wirksamkeit entfaltet.

Mittels der Lehranalyse soll der Kandidat objektiver werden, sensibler und toleranter gegen die "neurotischen" Einstellungen seiner Klienten; denn gerade innerhalb der eher langwierigen Behandlung kommt es mit der Zeit bisweilen zu emotional hochgespannten Beziehungskonflikten. Wenn sich dann der Therapeut innerlich sicher ist und emotional stabil bleibt, nimmt er in der Hauptsache nur die Vorgänge seines Analysanden wahr. Seine eigenen Reaktionen kann er dann in gesunder Weise beherrschen. Sie stehen dem Klienten nicht im Wege. Nur solchen Therapeuten, die ohnehin schon reserviert und passiv sind, ist zu raten, den "goldenen Mittelweg" zu gehen, indem sie nicht ihre objektive Beurteilungskraft, sondern den Ausdruck von Gefühlen schulen, da sie sonst ihre Fähigkeit schmälern würden, sich auf die therapeutische Beziehung rückhaltlos einzulassen.

Wie die Ausbildungsmaßstäbe in Zukunft modifiziert werden, hängt zum großen Teil von der aktuellen Zufriedenheit der Teilnehmer ab.

Wolff (1954) führte eine Befragung mit freudianischen, adlerianischen und junianischen Psychiatern durch: 70% hielten ihre Ausbildung für die beste, 25% davon sogar unter der Voraussetzung, daß sie hierfür keine objektiven Belege erbringen konnten. Sie waren nicht einmal von der Richtigkeit der Theorie überzeugt und konnten auch keine Argumente dafür angeben, warum sie nun gerade diese Art der Ausbildung gegenüber anderen bevorzugten.

Meiner Meinung nach spricht grundsätzlich vieles dagegen, ohne eine wirkliche Überzeugung zu arbeiten: eigene Verunsicherungen sind anzunehmen, sowie zunehmendes Desinteresse an wissenschaftlichem Handeln. Bevor man ohne Überzeugung praktiziert, sollte man unbedingt innerhalb seiner Ausbildung bewußt Argumente für oder gegen die spezielle Tätigkeit finden, der man sich lebenslang widmet. Diese Anregung gilt prinzipiell als Empfehlung für eine Anfangsübung in einem Aus- und Fortbildungsseminar. Vom Standpunkt der Forschung aus gesehen, widmete sich die Psychoanalyse bislang nur einem eher schmalen Bereich der Psyche. Sie umfaßt zwar biologisch begründete Aktiva und Passiva, sowie soziokulturelle Einflüsse und gegenwärtige interaktionelle Prozesse. In Zukunft wird sie es wohl weniger nötig haben, sich objektive Beweise der Gültigkeit ihrer Theorie zu verschaffen, als sich vielmehr um die Erweiterung ihres Horizontes in Einbeziehung anderer Therapieformen zu bemühen, wie z.B. der Verhaltenstherapie, des Psychodramas und der Gesprächstherapie.

Die Grundzüge der psychoanalytischen Ausbildung zu erweitern,

muß nicht implizieren, die ihr zugrunde liegende Theorie zu erneuern, sondern andere Behandlungskonzepte in das eigene integrieren zu können. Auf die Modellvorstellung eines dergestalteten, in vieler Hinsicht vorteilhaften Ausbildungsganges wird in Kap. 4.3. präziser eingegangen.

#### 4.2.2. Die Grundzüge der verhaltenstherapeutischen Ausbildung

Der verhaltenstherapeutische Ausbildungsgang ist nicht ganz so einheitlich wie derjenige der Psychoanalyse. Moderne Fortbildungsangebote umfassen weit mehr als die bloße Vermittlung der Lerntheorie und Konditionierungsexperimente. Entweder wird der Studierende bereits innerhalb seines Studiums in die praktische Durchführung von Therapien unter Supervision eingeführt, oder er hat die Möglichkeit erst nach Abschluß des Hochschulbesuchs. Die meisten psychologischen Institute bemühen sich um eine praktisch klinische Ausbildung während des Hauptstudiums. Derzeit wird dieses Bemühen jedoch nur an einigen wenigen Universitäten erfolgreich eingesetzt. Dem Großteil der Absolventen bleibt nur der Weg einer Weiterbildung zum Verhaltenstherapeuten durch ein privates Institut. Im Studiengang Medizin sind die inneruniversitären Möglichkeiten diesbezüglich noch begrenzter, so daß auch den Ärzten nur die Eigeninitiative in der freien Wirtschaft bleibt.

Die Angebote variieren von dem Erlernen ganz bestimmter Methoden z.B. der Rational Emotiven Therapie (RET) nach Ellis, dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) bis hin zu eher allgemeinen

und umfassenden Programmen. Sie vermitteln dem Teilnehmer vertiefende Einblicke in die Lerntheorie, verhaltenstherapeutische Standardmethoden und ermöglichen ihm die Durchführung von Psychotherapien an Klienten. Anschließend Falldokumentationen und Besprechungen mit dem Supervisor finden in der Regel statt. Die gängigen, vermittelten Inhalte umfassen: operante Methoden, Selbststeuerung, Training sozialer Kompetenzen, Entspannungsmethoden, systematische Desensibilisierung, Angstbewältigungstraining, Selbstverbalisationstraining, Reizkonfrontation und Problemlösetraining. Anwendungsformen sind etwa die Therapie bei Depressionen, Partnerproblemen, Ängsten, psychosomatischen Beschwerden und psychiatrischen Erkrankungen. Einen Gesamtüberblick "Verhaltenstherapeutischer Standardmethoden" gibt das gleichnamige Buch von Fliegel (1981). Es ist auch für psychologisch wenig vorgebildete Leser verständlich und sollte Therapeuten nur als Leitfaden dienen. Da sich die Anzahl der Publikationen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie in den letzten Jahren zunehmend erhöhte, sollte der Leser daher Literaturempfehlungen besser von fachkundigen Ausbildern, Dozenten oder Kollegen erfragen, will er sich in ganz spezielle Therapietechniken einlesen. Ich möchte mich hier nicht in Globalitäten verlieren, sondern die Gelegenheit nutzen, einige spezielle Formen verhaltenstherapeutischer Ausbildung beispielhaft aufzugreifen: die paradoxe Therapie und die kognitive Therapie.

Die Teilnehmer lassen sich in Form von Wochenendseminaren oder Blockkursen in der paradoxen Therapie ausbilden. Sie können sich, alternativ zu einer Institution, auch bemühen, einen kompetenten,

paradox orientierten Supervisor in ihrer näheren Umgebung zu finden. Die Ausbildungsdauer variiert zwischen ein und zwei Jahren. Ein Erfahrungswert ist, daß die Einführung in paradoxe Anweisungen die bereits verankerten Vorstellungen der Therapeuten erheblich verändert. Weeks (1985) schildert ihren häufig zu beobachtenden Widerstand beim Erlernen dieses Ansatzes. Er erscheint den Auszubildenden selbst zunächst widersinnig. Diese Art des Widerstandes rührt von mangelndem Vertrauen in die Intervention her. Eine Lösung, die Unsicherheit und das Mißtrauen zu überwinden, besteht in der didaktisch und inhaltlich guten Vermittlung der Bedingungen, unter denen sich die erlernten Interventionen auswirken können, welche Veränderungen konkret zu erwarten sind und wie ein Klient versuchen könnte, einer therapeutischen Doppelbindung zu entinnen. Die anderen Kursteilnehmer dienen jedem einzelnen zur Rückmeldung beim Ausprobieren neuer Interventionen. Diese Art des Vorgehens ist geeignet, bestehende Verunsicherungen mittels qualifizierter Kommentare abzuschwächen. Der zu Beurteilende erhält so die Chance einer gewissen objektiven Überprüfung seiner Kompetenzen und ist in der Lage, Verbesserungsvorschläge differenziert mit den anderen abzustimmen.

Weiterhin hat sich eine besondere Gefahr in dieser Therapierichtung ergeben: die Erfolge der paradoxen Behandlung haben meist einen erheblichen Verstärkungscharakter für den Therapeuten, so daß er sich in einer dogmatischen Falle verfängt, indem er glaubt, nur dieses methodische Vorgehen sei für jedweden Fall das Beste (Weeks, 1985). Diese Kritik ist sicher nicht nur den paradoxen Therapieverfahren anzulasten. Wie auch die Grundzüge

der psychoanalytischen Ausbildung verdeutlichen, ist es zwar für jeden Praktiker relevant, von der Richtigkeit und Nützlichkeit seiner präferierten Richtung überzeugt zu sein, doch sollte er sich dabei nicht einseitig auf nur diesen Bereich fixieren. Er kann so höchstens eine Beschränktheit seines Behandlungsreper-toires erreichen.

Die Grundzüge zur Ausbildung als kognitiver Therapeut bestehen zunächst in dem Wissen um allgemein-psychologische Phänomene, insbesondere in dem Bereich der klinischen Psychologie. Derjenige sollte über Stile der Interviewführung informiert sein, sowie über Kenntnisse der Störungen verfügen, bei denen diese Art der Behandlung indiziert ist und die Fähigkeit besitzen, auf Patienten in der Atmosphäre einer humanen Partnerschaft einzugehen. Beck (1986), ein bekannter kognitiver Therapeut in den USA und Mitbegründer dieser Therapieform, nennt weitere Voraussetzungen, die von den Teilnehmern seiner Seminare verlangt werden:

1. Ein klares Verständnis des kognitiven Modells.
2. Beherrschung des konzeptuellen Rahmens der kognitiven Therapie, sowie die Fähigkeit, dieses Konzept auf die Behandlung der Störungen (z.B. Depression) zu übertragen,
3. Ausbildung in einem Zentrum für kognitive Therapie. Dazu gehört die Supervision bei der Behandlung von Patienten.

Eine Erfolgsstudie, die Beck (1986) am "Center for Cognitive Therapy" durchführte, verschafft uns eine reale Einschätzung über das Erreichen der theoretisch geforderten Befähigungen: nach einem dreimonatigen Kompaktkurs, einschließlich Supervision und der Behandlung von zwei bis drei depressiven Patienten, entsprachen den Ergebnissen zufolge weniger als 25% der teilnehmenden Psychiater und Psychologen gerade minimalen Kriterien der Be-



fähigung zur kognitiven Therapie. Diese Gruppe erhielt weiterhin einmal wöchentlich Supervisionen, und nach Ablauf eines Jahres konnten die meisten als angemessen kompetent beurteilt werden. Die Bestimmung ihres Erfolgs wurde anhand der "Kompetenzliste für kognitive Therapeuten" vorgenommen (Beck, 1986, "Kognitive Therapie der Depression").

Beck nennt uns damit ein weiteres Beispiel, mit dessen Hilfe deutlich wird, daß die universitäre Ausbildung keinesfalls dazu ausreichend befähigt, den Beruf des Psychotherapeuten mit all seinen praktischen Anforderungen hinreichend zu erfüllen. Ähnlich wie Beck, setzen die meisten Autoren einen Zeitraum von 6 Monaten bis zu zwei Jahren an, um ein erfolgreicher kognitiver Therapeut sein zu können.

Ähnlich wie bei den bereits beschriebenen Ausbildungsgängen, bildet die Kenntnis der Theorie und die Behandlung von Patienten unter Supervision auch hier eine wichtige Funktion. Diese Tatsache spricht für die empirische Bewährung der Verfahren im Einsatz von Ausbildungsgängen für Psychotherapeuten. Von besonderem Interesse sind für uns die am häufigsten auftretenden Schwierigkeiten. An ihnen ist am ehesten ablesbar, wozu der Teilnehmer noch nicht befähigt ist. Hier verbergen sich potentielle Störquellen, die zu negativen Faktoren werden können und im Therapeuten begründet sind. Beim Erlernen der kognitiven Verfahren sind dies folgende (Beck, 1986):

- Vernachlässigung der therapeutischen Beziehung (der Anfänger betont die Technik zu sehr),
- Schematisches Verhalten, Sprunghaftigkeit oder Übervorsicht,
- Grobe Vereinfachungen



- Übertrieben belehrendes und interpretierendes Verhalten,
- "Oberflächlichkeit", mühelos gefundene Erklärungen werden ohne weiteres akzeptiert.

Diesen Fehlern sollte seitens der Ausbilder dementsprechend ein besonderes Augenmerk gelten. Mit Hilfe von Rückmeldung über Situationen, in denen die Therapeuten beobachtet werden, ist ihnen die Möglichkeit gegeben, an konkreten Beispielen eigenen Verhaltens aus den Unzulänglichkeiten zu lernen. Die Praxis bestehender Ausbildungen erfüllt leider meist keine hinreichende Behebung jener Mängel.

Um ein etwas vollständigeres Bild verhaltenstherapeutischer Fortbildungsmaßnahmen und ihrer Qualität zu erhalten, möchte ich auf zwei weitere Aspekte verweisen, welche derzeit häufig beobachtet werden können. Van der Geest und Groeger (1982) werteten in einer groß angelegten Studie Kommunikationsstile der Verhaltenstherapeuten anhand von Video-Aufzeichnungen aus. Die Ergebnisse über die Therapeutenrolle und den Therapieerfolg, Alterseffekte, sowie Geschlechtszugehörigkeit stehen im Einklang mit den bereits diskutierten Inhalten aus Kapitel II und betonen insofern die Notwendigkeit von Neuerungen in der Therapieausbildung. Der zweite Aspekt bezieht sich auf das Theorie - Praxis Problem im psychotherapeutischen Handeln. Insbesondere Brever (1979) beschrieb den "Praxisschock" sehr ausführlich: die anfänglich zu hohe Anforderung an die Informationsverarbeitungskapazität auf den verschiedenen Ebenen und Abstraktionsniveaus, sowie die geschickte Verbindung von theoretischem Wissen mit praktischem

Handeln stellen hohe Anforderungen, bzw. ernstzunehmende Behinderungen für therapeutische Erfolge dar.

Eine Besserung dieses Zustandes bedarf einer neuen Konzeption der Vermittlung innerhalb des Studiums und darüber hinaus, der Teilnahme an Fortbildungskursen, welche den Modellvorstellungen entsprechen, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden. Als Basis der Verbesserungsvorschläge dienen all die Nachteile, welche aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Fortbildung genannt wurden.

Ein weiterer Teil progressiver Schritte, die im Sinne des Patientenwohls zu unterstützen sind, bezieht sich auf den berufspolitisch bedenklichen Zustand. Auch er bestimmt die derzeitige Situation in erheblichem Maße und läßt uns nach all dem, was wir bereits wissen, berechtigt fragen: Wodurch ist die Rolle unserer Profis in "Krankheitsförderer" und "Krankheitsverhinderer" derart gespalten?

#### 1) INKOMPETENZ

Es sind derart viele theoretische und praktische Defizite in der therapeutischen Ausbildung und der Praxis genannt worden, so daß dieser Faktor sich wahrscheinlich zu Lasten der Profis auswirkt.

#### 2) PSYCHIATRISIERUNG

Viele Fachleute etikettieren ihre Patienten (eigene Beobachtungen), sogar im Bekanntenkreis finden Patientifizierungen statt. So binden sie die Betroffenen negativ an sich und die

Übrige Umwelt. Der Krankheitsbegriff wird oftmals illegitim weit ausgedehnt und von Fachleuten über den Kopf des Patienten hinaus fremdbestimmt. Es besteht ein enger Zusammenhang mit der Vernachlässigung eigener Hilferessourcen des Patienten und es findet zu wenig Förderung eigener Kompetenzen statt. Hilfsmöglichkeiten, wie z.B. Laienhilfe, Selbsthilfe und Gemeindepotentiale werden gering geschätzt.

Häufige Krankschreibungen führen zwar dazu, daß in unserem Gesundheitssystem überhaupt eine Finanzierung von Hilfen möglich ist, erleichtern dem Kranken jedoch in allzu einfacher Weise die Flucht in seine Beschwerden und den sozialen Rückzug. Allzu oft beobachte ich im stationären Alltag einer psychosomatischen Fachklinik, daß viele Patienten unter moralisch-psychologischem Druck versuchen, den Fachmann dazu zu bringen, eine mittelfristige Krankschreibung vorzunehmen. Die praktische Schwierigkeit entsteht hier aus der Tatsache, daß sich die subjektiv berichteten Beschwerden oftmals medizinisch und psychologisch nicht objektivieren lassen. Man ist auf den Patientenbericht angewiesen. Um letztliche Sicherheit über den verantwortungsvollen Umgang mit fremd- oder selbstbeurteiltem Krankheitswert zu haben, müsste sich die Einstellung der Betroffenen zu "Psychiatisierungen" ändern. Dieser Vorgang ist wahrscheinlich nur langfristig umsetzbar, da oben genannte Verhaltensmuster bereits zu etabliert sind, als daß sie spontan abgebaut würden.

### 3) PSYCHOBOOM

Obwohl der Psychoboom in der BRD tendenziell wieder abgeflacht ist (im Gegensatz zur stabil hohen Popularität in den USA), tritt mit ihm die vermehrte Verschiebung menschlicher Probleme und Bedürfnisse auf eine therapeutische Ebene unter Mitwirkung von Profis in Erscheinung.

### 4) EXPERTENMACHT

Grundsätzlich besteht diese in jeder Berufsgruppe gegenüber fachfremden Personen. Mißbraucht man sie derart, wie es bereits häufig genug geschehen ist, wird damit weiterhin die Verarmung des menschlichen Erfahrungsspektrums vorprogrammiert, sowie der Konformitätsdruck erhöht. Den Entwicklungspotentialen des zu behandelnden Menschen bleibt kein Platz mehr.

### 5) BERUFSPOLITISCHE BEHINDERUNGEN

Punkt 4) betrifft ebenso das Verhältnis von Fachleuten untereinander und deren gegenseitige Behinderung durch Kompetenzenstreit. Es sind nicht nur Konflikte unterschiedlicher Berufsgruppen, sondern berufsinterne Auseinandersetzungen zu beobachten. Eine Ursache stellt die genannte einseitige Indoktrination und Dogmatisierung während der Ausbildungskurse dar. Zukünftige Berufspolitik muß daher dem Wunsch nach interdisziplinär fruchtbarer Kooperation Rechnung tragen können. Prestige und Statusfragen sollten sekundär, das Anliegen des Patienten vordergründig werden.

Die gegenwärtige Berufspolitik wird die fachlichen, wie die politischen und menschlichen Inhalte der Therapeutenausbildungen mitbestimmen. Eine progressive berufspolitische Situation zu schaffen heißt insofern, auch eine progressive, d.h. relativ mangellose Ausbildungssituation zu schaffen. In Kap. 4.3. geht es daher um die Entwicklung und Darstellung eines Fortbildungsmodells, welches in vielerlei Hinsicht vorteilhaft ist. Ihm liegt zwangsläufig eine bestimmte Therapierichtung zugrunde, da es nicht möglich ist, ein "Generalmodell" zu erstellen; dazu divergieren die Modelle insgesamt zu extrem. Ziel soll das Aufzeigen zukünftig realisierbarer, alternativer Praktiken bereits im Stadium der universitären Ausbildung sein.

#### 4.3. Eine Modellvorstellung als Richtlinie künftiger Therapeutenausbildungen

Als Orientierungspunkt verschaffen wir uns zunächst einen Überblick nachweisbarer, positiver und negativer Faktoren der allgemeinen Ausbildungssituation. Diesen stellen wir Forderungen für die zukünftige Studienplanung und Konsequenzen für den beruflichen Alltag gegenüber. Das anschließend vorgestellte Modell muß dementsprechend so ausgerichtet sein, daß es die Verwirklichung der erforderlichen Fortschritte ermöglicht und auch dem Laien einen ausreichenden Einblick in das Aus- und Fortbildungskonzept von Psychotherapeuten gibt. Die Grundbedingungen für die Existenz eines vorteilhaften Modells ergeben sich aus folgenden Faktoren:

Tab. 3: Grundbedingungen bestehender und zukünftiger Aus- und Fortbildungsmodelle

| BESTEHENDE NEGATIVE<br>ZUSTÄNDE                                                                       | KONSEQUENZEN/FORDERUNGEN                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Verwirrend großes, z.T.<br>unqualifiziertes Angebot                                                   | weniger, dafür qualifi-<br>ziertere Angebote                                            |
| starke Indoktrination,<br>Dogmatisierung, techni-<br>sches Vorgehen                                   | Berücksichtigung anderer<br>Konzepte, Integration, Ak-<br>zent auf Th./Kl. Bezieh.      |
| anfänglich bestehende<br>Widerstände gegen das<br>Erlernen d. angestreb-<br>ten Ausbildungsart        | Grundsatzdiskussion Pro<br>u. Contra der persönlich<br>angestrebten Ausbildungs-<br>art |
| zeitaufwendig/kost-<br>spielig                                                                        | ökonomische Planung,<br>Gründung gemeinnütziger<br>Ausbildungsvereine                   |
| berufsgruppenexterne<br>u. -interne Hindernisse,<br>inhaltlich starre Ab-<br>grenzungen gegeneinander | Förderung interdiszipli-<br>närer Zusammenarbeit,<br>Teamarbeit                         |
| qualifizierte Ausbildungen<br>können zur Experten -<br>Macht prädestinieren                           | Aufzeigen potentieller<br>Gefährdungen für das<br>Klientenwohl                          |
| Überforderung d. Th.,                                                                                 | möglichst frühes Handeln                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Theorie u. Praxis zu verbinden</p> <p>Mißerfolgsmessungen th. Kompetenzen in best. Phasen deuten auf Schwierigkeiten im Erreichen gewünschter Qualifikationen</p> <p>Lehrangebot an Universitäten auf GT, VT u. Psychoanalyse beschränkt</p> | <p>auf theoret. u. prakt. Ebene lernen, (Methode u.a.: Selbsterfahrung)</p> <p>Erörtern, ob Anforderungen zu hoch sind; falls nicht: intensivere Lernbetreuung d. Teilnehmer als bisher, Einsatz entsprechender Hilfsmittel (u.a.: psychodiag. Testverf.)</p> <p>Erweiterung d. Lehrangebotes auf andere Verfahren</p> |
| <p>BESTEHENDE POSITIVE ZUSTÄNDE</p>                                                                                                                                                                                                             | <p>KONSEQUENZEN/FORDERUNGEN</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Supervision durch Dozenten</p> <p>Spezialisierung in bestimmte Richtungen möglich (Vor- und Nachteile)</p> <p>z. T. hoher Grad an Wissensvermittlung</p>                                                                                     | <p>Beibehaltung</p> <p>Beibehaltung</p> <p>Beibehaltung</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |

Die derzeitigen Hindernisse zur Durchführung eines Ausbildungsmodells, welches den obigen Anforderungen entspricht, sind vielschichtig. Sowohl marktwirtschaftliche Überlegungen der Ausbilder, Ausbildungsdefizite innerhalb der Universität, Kompetenzstreitigkeiten u.v.m. erschweren die konkrete Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an bestimmten Kursen. Das mindeste, was der Informand erfahren muß, sind die Richtlinien bzw. die Inhalte, Methoden, Kosten, Dauer, Ausbilder und die organisatorischen Gegebenheiten. Hat er sich darüber hinreichend erkundigt, muß er sich nun überlegen, mit welchem Angebot seine gesamte persönliche Situation am ehesten vereinbar ist. Es kann dabei sinnvoll sein, für sich selbst oder auch gemeinsam mit Bekannten oder Freunden Argumente zu überlegen, die für oder gegen eine spezielle Ausbildung sprechen. Eine etwaige Auswertung ist am besten möglich, hat man erst einmal genügend viele Angebote vorliegen und alle die Entscheidung beeinflussenden Faktoren gegeneinander abgewogen. Derartige, unbedingt zu berücksichtigende Merkmale der Fortbildung sind als Mindestanforderungen in Form obig aufgeführter Konsequenzen und Forderungen genannt. Sie sollten schon deshalb bedacht werden, weil nicht zuletzt sie es sind, die das spätere therapeutische Handeln in seinem Erfolg entscheidend beeinflussen werden.

In der Ausbildung sollten wir uns auch Grundsatzfragen zuwenden, wie z.B.: Warum bin ich mit jemandem zusammen, der psychische Probleme hat? Was wollen wir als Therapeuten in unserer Begegnung mit anderen Menschen überhaupt erreichen? Haben wir die



gleichen Ziele wie der Klient?

Diese Fragen dienen der analytischen Erfragung eigener Motive und Fähigkeiten. Es geht mittlerweile nicht mehr um die Frage: Welcher therapeutische Ansatz ist der Beste, sondern im Vordergrund steht die Erkenntnis, daß es keinen Ansatz gibt, der bei allen Klienten wirksam ist. Aus allem bisher Gesagten folgt, daß die Arbeit des Therapeuten kreativ sein und sein Stil mit den Erfordernissen der jeweiligen Situation zusammenpassen muß. Vor diesem Hintergrund wird nun die Frage bedeutsam: Welche Konstellation aus therapeutischem Ansatz, Therapeut und Klient ist die beste? Eine Ausbildung, die dieser Fragestellung gerecht werden kann, muß einen wissenschaftlich begründeten Ansatz vermitteln, die die Person des Therapeuten zu einem wirkungsvollen Helfer schulen und ihm Wege aufzeigen kann, negative Therapieverläufe, die wahrscheinlich unter bestimmten Umständen eintreten, vorausschauend zu verhindern (vgl. Kap. II u. III).

Effektivitätsstudien müssen empirisch an der praktischen Durchführung dieser idealisierten Vorüberlegung validiert werden. Es sprechen mehrere Gründe für die Bevorzugung eines integrativen Ausbildungsmodells. Integrative Kurse verbinden didaktische und therapeutische Ziele, intellektuelles und erlebnismäßiges Lernen. Der Hauptgrund für gerade dieses Vorgehen liegt in der Einheit der psychologischen Prinzipien, die in Ausbildung und Therapie gleichermaßen angewandt werden müssen. Die Effektivität solcher Ausbildungskurse wird durch die empirische Forschung bestätigt (Tscheulin, 1980). Es kann darüber hinaus angenommen werden, daß durch solche Kurse günstige persönliche Ver-

änderungen in Richtung stärkerer Selbstverwirklichung erfolgen, die im rein persönlichen Bereich von Bedeutung sind.

Wie im vorigen Kapitel mehrfach auffiel, sind zahlreiche Gefährdungsfaktoren in der unzureichenden Therapeut - Klient Beziehung begründet. Das integrative Konzept ist vermutlich grundlegend für den schrittweisen Aufbau therapeutischen Basisverhaltens, das zur Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Beziehung nötig ist. Der Begriff "Integration" bezieht sich hier auf die zwei Hauptbereiche des Ausbildungsmodells: 1) die Konzentration auf die Bildung therapeutischer Persönlichkeitsmerkmale; hier sollten eigene Erfahrungen (Selbstanalyse) und Sensibilitätstraining ermöglicht werden und 2) die Wissensvermittlung, durch welche notwendige Fertigkeiten erreichbar sind. Mittel dazu stellen Vorträge, Literaturstudium und die Arbeit an Modellen dar. Wie aus berichteten, voneinander unabhängigen Untersuchungen hervorgeht, würde der Verzicht einer Integration in diesem Sinne die Ausbildung entweder zu einer rein technologischen Wissensvermittlung oder zu einer Encountergruppe werden lassen.

Nach folgender Abbildung 8, die sich u.a. auf die Forderungen aus Tab. 3 stützt, ist zu entnehmen, welchen Bedingungen eine derartige Ausbildung genügen muß.



Dieses Modell ist deshalb therapieübergreifend gestaltet, damit es eine möglichst große Anwendungsbreite hat. Es ist sowohl für die VT, die GT, das Psychodrama, die Psychoanalyse und die Gestalttherapie zweckmäßig. Daher enthält es keine allzu speziellen Angaben zu den einzelnen Bereichen, sondern eher abstrakte Formulierungen. Der zeitliche Ablauf in der Abbildung ist im Prinzip von der unteren Seitenhälfte als Anfang nach oben als Beendigung der Ausbildung zu verstehen. Diese Einteilung ist jedoch sehr relativ, da einige Punkte fortlaufend, d.h. von Beginn bis zum Ende praktiziert werden sollen; außerdem sind Vertauschungen der Reihenfolge von Fall zu Fall sogar sinnvoll. Das im Einzelfall zu klären, ist Aufgabe der Anwender. Sie mögen lediglich die genannten Hauptelemente mit den jeweiligen Aspekten lehren und den Mut zur integrativen Ausbildung haben. Denn je frühzeitiger der bis dahin noch nicht hinreichend befähigte Teilnehmer mit der Echt-Situation einer Psychotherapie konfrontiert wird, desto größer ist auch die Verantwortung der Dozenten und Supervisoren gegenüber den behandelten Klienten. Ihre Wachsamkeit ist daher besonders gefragt. Ihnen sollte zuzutragen sein, vorausschauend sinnvoll zu planen und dabei die Ergebnisse dieser Arbeit in ihren Konsequenzen für die Praxis (Kap. 4.6.1.) zu bedenken.

#### 4.3.1. Empirische Belege für die Wirksamkeit integrativer Ausbildungsmodelle

Ihre Wirkungsweise wurde häufig überprüft und mehrfach übereinstimmend als statistisch und inhaltlich bedeutsam im Gruppenver-

gleich nachgewiesen. Internationale Untersuchungen liegen aus den USA von Truax & Carkhoff (1967), aus Großbritannien von Nelson-Jones & Patterson (1974) und aus der BRD von Tscheulin (1972, 1976) vor. In Anbetracht der übereinstimmenden Ergebnisse, sei exemplarisch die 1972 von Tscheulin durchgeführte Studie vorgestellt: er führte einen direkten Vergleich zwischen integrativen und nicht integrativen Ausbildungskursen durch. Als Kriteriumsvariablen für therapeutisches Basisverhalten wurden die in der GT operationalisierten Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)", "Emotionale Wärme" und "Echtheit" in sogenannten Probegesprächen vor und nach der Ausbildung überprüft. Die 15 Teilnehmer des integrativen und die 20 Mitglieder des nicht integrativen Programms waren in den Ausgangswerten vor ihrer Ausbildung vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich in den Dimensionen "VEE" und "Emotionale Wärme" zugunsten des integrativen Programms.

Dungan (1974) verglich die didaktisch - intellektuelle mit der beziehungs - orientierten Ausbildung. Nach ca. 8 Wochen wurden die Personen mit dem POI von Shostrom (1964) getestet. Das 8wöchige didaktische - intellektuelle Training erbrachte eine Verbesserung in der Basisvariablen "nonpossessive warmth" und der Spontanitätsskala. Die Gruppe mit nur beziehungs orientiertem Training zeigte nach 8 Wochen in mehreren Skalen des POI eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung, die sich bezüglich der "Selbst - Bejahung" noch steigerte.

Die gesamten Ergebnisse legen die Hypothese nahe, daß es für eine

lohnenswerte Aus- und Fortbildung nötig ist, die Akzente "Selbsterfahrung" und "therapeutisches Klima", sowie inhaltliche Bereiche zu verbinden, sollen die Teilnehmer effektiv und erfolgreich behandeln lernen. Insofern sprechen die empirischen Befunde für das vorgeschlagene Modell (Abb. 8).

Als geeignete psychodiagnostische Verfahren zur Erfassung von persönlichen Eigenschaftsveränderungen sind z.B. die "I - E Locus of Control Scale" (Rotter, 1966) und das "Personal Orientation Inventory" (Shostrom, 1964) zu nennen.

Mit Hilfe der oben genannten u.a. Verfahren wiesen Shapino & Gust (1974) nach, daß bei integrativen Ausbildungskursen die Teilnehmer anschließend eine stärkere Fähigkeit haben, nach eigenen Bedürfnissen und Werten zu leben, flexibler eigene Wertorientierungen und Prinzipien anzuwenden und unvoreingenommener enge Beziehungs- und Vertrauensverhältnisse mit anderen Personen entwickeln können. Diese Effekte sind mit einem hohen Retest - Reliabilitätskoeffizienten über ein Jahr ausgewiesen (Maynard, 1976). Wie ich in Kapitel II und III demonstrierte, sind die aufgezählten verbesserten Fähigkeiten wichtig zur erfolgreichen Behandlung bzw. führt ihr Mangel zu Gefährdungen, wie oben besprochen.

Die negativen Therapieeffekte einerseits und das vorgeschlagene integrative Ausbildungsmodell andererseits Überblickend, veranlaßt uns ihre gegenseitige Abhängigkeit zur Schlußfolgerung, daß Therapien künftig positiver als bislang verlaufen könnten, selbst falls nicht alle Hindernisse beseitigt werden. Auf diese Weise

ist das Resultat auch als hoffnungsvoller Aufruf zu verstehen, da die Durchführung jenes Modells realisierbar erscheint.

Drei Hauptaspekte des Modells werden nun gesondert diskutiert: die Rückmeldeverfahren (Supervision), das Video - Feedback und die Selbsterfahrung. Sie bilden Kernstücke in jeder modernen Konzeption.

#### 4.4. Die Bedeutung von Rückmeldeverfahren im Hinblick auf negative Therapieeffekte

"Supervision ist ein innerhalb einer bestimmten Zeit - kontinuierlich verlaufender Lehr- und Lernprozeß, der in methodisch geführten Gesprächen zwischen Supervisor und Supervisand, bezogen auf die fachliche soziale Praxis, sowohl auf rationaler als auch auf emotionaler Ebene abläuft. Er kann innerhalb einer Zweierbeziehung oder in Gruppen stattfinden" (Strotzka, 1978, S. 111). Diese kurze Definition beinhaltet die wesentlichen Grundzüge der Supervision. Sie ist die gebräuchlichste und zweckmäßigste Form der Rückmeldung, wird jedoch häufig nur in unzureichendem Maße angewandt (z.B. aus Zeit- und Personalmangel) oder wichtige Kriterien werden nicht beachtet. Rückmeldung sollte kein ungerichteter Vorgang über therapeutisches Handeln sein, sondern sich auf die Analyse von ganz bestimmten Analysedaten (Gesprächssequenzen, nonverbale Ebene etc.) richten. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, sich gründlich über Möglichkeiten der Supervision zu informieren.

Präzise Anleitungen zur effektiven Durchführung von Supervision sind mehrfach genannt worden, so z.B. von der GWG (Gesellschaft für klientenzentrierte wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie).

Auf spezielle Bedeutungen (u.a. bei ganz bestimmten Interventionen) der Supervision ist durch Gardner (1973) verwiesen worden, der als positiven Effekt den größeren therapeutischen Erfolg nennt und durch Hand (1981), die Supervision im Besonderen bei der Anwendung paradoxer Symptomverschreibungen für nötig hält.

Mit Hilfe der Supervisionsverfahren sollen methodische Fertigkeiten (theoretische Ebene) aufgebaut, berufsbezogene Normen hinterfragt und integriert werden, um persönlich flexibel zu bleiben oder zu werden (persönliche Ebene). Supervision soll also vor allem die Selbstwahrnehmung als Grundbedingung für Selbsterfahrungsübungen fördern. Bereits vorhandene Fertigkeiten sollen erweitert und in die praktische Arbeit eingebracht werden. Supervision wird hier als integratives Element verstanden, da der Supervisand gleichzeitig durch die Rückmeldung und Besprechung neuesten Fachwissens und fachlichen Handelns lernt.



Ziele sind in der Hauptsache:

- Einsetzen der persönlichen Fähigkeiten in die methodische Arbeit
- Erlangen von Sicherheit und Flexibilität und Abgrenzung eigener Bedürfnisse von denen des Klienten
- Zunehmend selbständige Reflektion des helfenden Handelns und der beruflichen Beziehungen
- Hilfestellungen - bei Bedarf - beim Umsetzen der Theorie in die Praxis bekommen, um rascher und näher Einblick in die Problematik des Klienten zu haben

Supervisionsgruppen sollen intensiv über Problemanalysen, Therapieplanungen und -durchführungen sprechen. Auch hier ist eine Möglichkeit gegeben, die Akzentuierung auf die Therapeut - Klient Beziehung und ihre Gefährdungsmomente zu legen. Etwaige Fragen könnten lauten:

- In welche Situationen bringen sich Therapeuten und Klienten auf interaktioneller Ebene gegenseitig? (Prozeßanalysen, Verläufe)
- Wer fördert/behindert wen in der Entfaltung welcher Verhaltensweisen? Beweggründe!  
Wie sind die Gefühle des Klienten/Therapeuten vor und nach der Sitzung? Begründung!
- Fallen stereotype Verhaltensweisen auf, die den Fortgang beeinflussen?
- Was erscheint als hilfreiches/hinderliches Vorgehen?  
Begründung!

Ebenso sollte das Datenmaterial, gemäß obiger Abbildung 8 vertieft analysiert werden, indem Mikro-Auswertungen therapeutischer Kommunikation erfolgen: einzelne, besonders aber als schwierig zu bezeichnende Frequenzen, sollen detailliert ausgewertet werden. Der Lerneffekt ist wahrscheinlich umso größer, je unmittelbarer das Feedback in zeitlich - inhaltlichem Zusammenhang mit dem jeweiligen Ereignis steht. In alternativen, teilweise heute noch praktizierten Verfahren der ausschließlich verbalen Gespräche (Therapeut-Supervisor) über verbale Gespräche (Klient-Therapeut) ist zu kritisieren, daß hier unmittelbare Lernmöglichkeiten per direkter Beobachtung gegenüber mittelbarer Rückmeldung ungenutzt bleiben.

Im Einklang mit dem entwickelten Aus- und Fortbildungsmodell (Abb. 8), muß sich die Rückmeldung sowohl auf Verhaltensweisen beziehen, wie gleichermaßen auf eine weitere Art des Feedback, die bislang relativ unbeachtet blieb, aber besonders wichtig im Hinblick auf unsere Ausgangshypothese ist: die "effektbezogene Rückmeldung". Sie sensibilisiert dafür, inwiefern die tatsächlichen mit den beabsichtigten Wirkungen therapeutischen Handelns übereinstimmen. So lernt der angehende Therapeut, sein Wirken flexibel auf die Situation des speziellen Klienten abzustimmen und dessen individuelle Bewältigungsstrategien zu erkennen.

Insgesamt läßt sich die vorgeschlagene Art der Rückmeldung ganz im Sinne einer fortlaufend reflektierten Therapie interpretieren.

#### 4.4.1. Das Video - Feedback

Grundsätzlich empfiehlt sich, während jeder Sitzung die Aufzeichnung auf Ton- oder Bildträger. Der Vorteil der Benutzung eines Videogerätes liegt auf der Hand: nur hier ist die Beobachtung konkreter Verhaltensweisen und gleichzeitig verbaler Äußerungen möglich. Das Feedback per Video ist sowohl für den Einsatz zum Klientenverhalten, als auch des Therapeuten oder der gesamten Ausbildungsgruppe (z.B. für Rollenspiele) als technisches Hilfsmittel gedacht. Seine Benutzung lohnt sich primär bei allen Verfahren, in denen die Störungen auch visualisiert, d.h. gestaltet werden, wie z.B. im Psychodrama, der Gestalttherapie, der Bioenergetik und der Verhaltenstherapie. Die psychoanalytischen und gesprächstherapeutischen Sitzungen enthalten weniger dieser visuell agierbaren Sequenzen.

In der Ausbildungssituation wird die Sitzung oder das Rollenspiel zunächst videographisch aufgezeichnet; anschließend schaut sich der Therapeut (oder Quasi-Therapeut), der Dozent und die Gruppe (Beobachter mit Beobachtungsaufgaben) entweder die gesamte Therapiestunde oder nur besonders problematische und kritikwürdig empfundene Szenen an. Zu Auswertung können die in Kap. 4.4. genannten Fragen und auch andere herangezogen werden. In jeder Situation ergeben sich zwar spezielle neue Schwerpunkte, besonders zu Beginn der Ausbildung sollte sich der Teilnehmer jedoch erst einmal mit diesen etwas allgemeineren Fragen auseinandersetzen. Oftmals ist es so, daß die beobachtete Person, dies gilt gleichermaßen für Therapeut und Klient, sein eigenes Verhalten ver-

zerzt einschätzt. Die fototechnisch objektiven Aufzeichnungen werden von mehreren unabhängigen, geschulten Beurteilern bewertet. Es dürfte kaum möglich sein, ein noch zuverlässiger betrachtetes Bild seiner eigenen Person als Gesamtheit zu erhalten als mit dieser Methode (vgl. Mittenecker, 1987).

Ein typisches Anfangsproblem in der Praktizierung stellt die Neuheit des "Beobachtet Werdens" mittels der Apparaturen dar. Klienten und Therapeuten wehren sich zunächst gegen die ihnen ohnehin schon peinliche Situation und die zusätzliche Belastung durch die Video-Kamera. Ihre Angst bezieht sich zwar, oberflächlich betrachtet, auf das neuartige, unbekannte Instrument; dahinter verbirgt sich die Befürchtung, fremdbestimmt und ungewollt vorzeitig durchschaut zu werden, in dem Sinne, daß man selbst mit seinen bislang gut verborgenen, eigensten Unzulänglichkeiten im Beisein anderer, relativ fremder Personen, konfrontiert wird. Dabei besteht die Gefahr eines inneren Rückzugs. Das einfachste und effektivste Mittel gegen die Furcht vor diesem ungewohnten technischen Einsatz, ist eine möglichst einfache, gut verständliche Erklärung über den Zweck seiner Benutzung. Man läßt den Klienten oder den Auszubildenden selbst Aufzeichnungen von anderen Personen machen, damit er im Rollentausch am eigenen Leibe beurteilen kann, was ihm anschließend widerfährt. Diese Lösung mittels des Transparent-Machens stellt die zu beobachtende Person in den meisten Fällen zufrieden und wirkt angst-reduzierend. Man muß sie ebenfalls über den großen Nutzen für ihre eigene Therapie (Ausbildung) aufklären.

Der Einsatz von videographischen Aufzeichnungen sollte heutzutage in keiner modernen Institution fehlen. Sie stellen ein äußerst wertvolles Mittel zum Einschätzen eigener Fähigkeiten und sind überzeugend objektiv. Das präzise Arbeiten damit ermöglicht eine exakte Einschätzung therapeutischer Wirkungsweisen und somit auch der negativen Effekte, die sofort visuell und verbal analysierbar sind.

#### 4.4.2. Selbsterfahrung für Therapeuten

Welche Rolle spielt die Selbsterfahrung im Hinblick auf das Gelingen einer Psychotherapie?

Die Beantwortung der Frage bezieht sich zum einen auf die Persönlichkeit des Therapeuten und zum anderen auf die Erweiterung seiner Fähigkeiten. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und psychische Belastungen wirken sich negativ auf seine Beziehungsgestaltung zu Kollegen oder Klienten aus. Für den Erfolg diesbezüglich sollten erfahrungsgemäß folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Die Fähigkeit, sich in andere Menschen und Probleme einzufühlen
- Die Kenntnis, wie eigene Verhaltensweisen auf andere wirken
- Kenntnis über die eigenen psychischen Probleme und ihre möglichen Auswirkungen für Klienten
- Erfahrungen am "Selbst", wie therapeutische Verfahren in ihrer Anwendung auf Menschen wirken

Um zu Analysedaten hierüber zu gelangen, bedarf es einer gezielten Auswertung zu Einzelfragen. Diese kann bereits in der Aus-

bildungsgruppe und mit Probeklienten erfolgen. Es ist sogar geradezu gefährlich, den anderen Weg zu wählen und erstmalig innerhalb einer echten Therapie Erfahrungen an sich selbst zu spüren. In diesem Fall ist es umso wahrscheinlicher, daß der Therapeut nicht in der Lage sein wird, spontan seine eigenen Problemanteile zu bewältigen, ohne daß er hierdurch den Fortgang der Behandlung empfindlich stören würde.

Das Gelingen der psychotherapeutischen Behandlung erfordert außer den genannten Faktoren die Erweiterung seiner Fachkenntnisse. Das theoretisch erworbene Wissen muß nun konkret in mehr oder weniger geplantes Handeln umgesetzt werden. Dieser Prozeß bedarf erstens einer gewissen Lernzeit und sollte zweitens nur unter Supervision erfolgen. Selbsterfahrung und Supervision ergänzen einander und dienen dem gleichen Ziel: Integration von kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Die Effektivität der Kombination von Selbsterfahrung und Supervision wurde u.a. von Fox und Maas (1982), sowie von Froberg (1983) für die Ausbildungssituation und die Anwendung in der therapeutischen Praxis bewiesen.

Wichtige inhaltliche Fragen sind dementsprechend eher persönlicher Art, wie z.B.: Kann ich als Therapeut/Mensch Mißerfolge ertragen? Habe ich persönliche Wünsche an mein Gegenüber? Welche? Wie verhalte ich mich in schwierigen Situationen? Wie offen kann und will ich zum Klienten sein? Würde ich in bestimmten Fällen auch einen Therapeuten aufsuchen? Wie bewältige und vermittele ich

mein eigenes Streßerleben in der von mir durchgeführten Behandlung?

Es ist denkbar, in den Ausbildungsseminaren schwierige Situationen zu besprechen, um alternative Reaktionsweisen direkt zu üben und seine eigene Flexibilität zu erhöhen. Nur unter der Bedingung, daß der Therapeut differenzierte Informationen über sein Selbsterleben besitzt, hat er ein ihm selbst bewußtes, erweitertes Selbstkonzept; nur so kann er auch seinen Klienten ein geeignetes Modell sein und die tatsächlichen Wirkungen seiner Handlungen relativ objektiv einschätzen. Er erhält unweigerlich ein realistisches Bild von der Erlebniswelt des Klienten, da er sich selbst in dessen Rolle begibt. Wahrscheinlich wird er dann auch besser als zuvor verstehen, warum sich sein Klient gegen diese und jene Intervention zur Wehr setzt; der Widerstand wird somit als rekonzeptualisiertes Phänomen durchschaubarer, ohne jedesmal komplizierte Widerstandsanalysen anfertigen zu müssen.

Selbsterfahrung kann auch Merkmale des Menschen offenbaren, die gegen die Ausübung eines Heilberufs sprechen. Der Analysand wird unter Umständen derartig intensive und zeitstabile Schwächen bei sich entdecken, daß er selbst, oder durch andere angeregt, die Ausbildung abbricht und sich ganz neuen Interessen zuwendet. Um aber die Richtigkeit der Entscheidung für einen helfenden Beruf unter Beweis zu stellen, muß man diese offen - konfrontative Erfahrung wählen. Zur Bestimmung positiver oder negativer Effekte am Selbst sollte man sich als Wissenschaftler nicht nur auf subjektive Berichte und Gefühle verlassen, sondern Gebrauch von psy-

chodiagnostischen Testverfahren machen. Verwertbare Daten über Selbsterfahrungs-Vorgänge sind bislang außerordentlich schwer zu erhalten. Im Prinzip lassen sich jedoch allgemein bekannte klinische Tests zur Messung von Persönlichkeitsmerkmalen und emotionalem Selbsterleben verwenden. Darüber hinaus können Hinweise durch die Anfertigung von Protokollen oder Tagebüchern gewonnen werden.

#### 4.5. Therapeutenausbildung als mittelbarer Therapieeffekt

Wie ist der Anschluß des Kapitels 4 an die Verifizierung der Ausgangshypothese zu begründen?

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, richtet sich das vorliegende Buch in der Hauptsache an Psychotherapeuten und zweit-rangig an Klienten/Patienten. Schädliche Auswirkungen der Psychotherapie konnten bei vielen Formen ihrer Behandlung und unterschiedlichen Klientengruppen nachgewiesen werden.

So haben Bergin & Lambert (1978) bei 12% der behandelten Klienten anhand der Erfolgskriterien Verschlechterungen festgestellt. Sie schließen als Ursache mit ein, daß eine mangelhafte Ausbildung des Therapeuten und auch Persönlichkeitsmerkmale dazu beigetragen haben. Die Risiken, so die Autoren, liegen u.a. in der falschen Indikationsstellung für bestimmte Behandlungsverfahren und der unsachgemäßen Durchführung der Methoden.

Die spezielle Beweisführung für Gruppentherapien übernahmen Lieberman, Yalom & Miles (1973) diesbezüglich.

Unsere künftigen Bemühungen, dies sei eine Zwischenbilanz, sollten dahingehen, spezielle Wirkungsweisen (beobachtbare oder anders meßbare) u.a. auf negative Faktoren zurückzuführen, die in einem



der fünf Bereiche begründet sind (Kap. 3.9.1.). Erst wenn diese Verbindung hergestellt ist und mehr Informationen als bis jetzt erhoben werden, dringt die Einsicht der Notwendigkeit für neue Formen der psychotherapeutischen Ausbildung in das Bewußtsein aller Forscher, Praktiker und auch ihrer Klienten. Handikaps, Lücken und Fehler, die durch Anstrengungen des Therapeuten verbessert werden können, sind durch eine grundlegend qualifizierende Ausbildung (Abbildung 8) viel unwahrscheinlicher, als es die Situation heutzutage zuläßt. Ist der Psychotherapeut sich seiner persönlichen Fähig- und Fertigkeiten, sowie seines Wissensstandes bewußt und halten auch andere Fachleute (Supervisoren) ihn für einsatzfähig, kann er negativen Effekten nicht nur präventiv begegnen, sondern selbst im Falle ihres Eintretens die Wirkung seiner eigenen Handlungsweisen auf den Klienten genauestens abschätzen. Therapieeffekte sind durch die Aus- und Fortbildung des Helfers wesentlich mitbestimmt.

#### 4.6. Folgerungen für die Forschung

Insgesamt ist die Menge an experimentell gesicherten Erkenntnissen zur kritischen Effektforschung dürftig. Es können grob zwei Gründe angenommen werden, die eine sorgfältigere Forschung bislang verhinderten. Der erste Grund ist in der von Therapeuten gesehenen Angst zu suchen, ihre Behandlungen objektiver zu prüfen, als er es aus sich selbst heraus vermag. Dabei könnten sich ganz andere Resultate messen lassen, als er aus seiner Sicht vermutet. Erschwerend kommt hinzu, daß er, bedingt durch seine langwierige Ausbildung, nicht ohne weiteres empfänglich für negative Kritik

ist, wenn sie sein Handeln in Frage stellt. Der zweite Grund bezieht sich auf die historisch bedingte Defokussierung von negativen Therapieeffekten. Daraus ergibt sich zwangsläufig die auch heute noch anzutreffende Hilflosigkeit der Forscher, wie der Praktiker, neu entdeckten, unerwünschten Phänomenen angemessen entgegenzuwirken.

Fast könnte man glauben, alle Kritik sei gegen die Experten gerichtet. Diese Vermutung ist falsch; sie liegt nur deshalb nahe, weil uns gerade dieser Untersuchungsgegenstand vor fachliche und persönliche Probleme stellt. Da es bei Psychotherapien um alle Aspekte menschlichen Lebens geht - von den biologischen bis zu den sozialen - berühren sie auch alle Fragen der Kommunikationsvorgänge. Wir sehen, daß die Forscher bislang zwei gegensätzliche Vorgehensweisen bevorzugten: die einen stellten allumfassende Untersuchungspläne auf und ließen dabei wichtige Punkte im Unklaren; die anderen versuchten, kleine Ausschnitte aus einem speziellen Gebiet genauestens darzustellen, um die experimentelle Prüfung ihrer Hypothesen zu ermöglichen. Hier steht der Forscher vor dem Problem, wie er einen im Labor untersuchten Teilaspekt von Psychotherapie abgrenzen soll, der zugleich enge Verbindungen zu anderen Hauptdeterminanten der Erkrankung mit einschließt.

Die von mir vorgeschlagene Lösung lautet: es geht nicht in der Hauptsache um den Konflikt "zu eng versus zu breit" angelegter Effektforschung, sondern vielmehr um die Forderung, alte Fehler in Zukunft nicht mehr zu begehen, d.h. bislang ausgesparte, bri-

sante Bereiche (Therapeutenpersönlichkeit, negative Effekte, Unzulänglichkeiten der Testverfahren, Inflexibilität im Umgang mit neuen Konzepten u.v.m.) müssen mit allen Vor- und Nachteilen erforscht werden. Wir benötigen unbedingt mehr Daten zu den negativ wirksamen Faktoren, die in mangelnder Psychotherapieforschung begründet sind. Sie sind schließlich das Fundament und die notwendige Bedingung zur Ausübung einer wissenschaftlich verantwortbaren Behandlung. Dabei werden wir auch in Zukunft zwar noch auf subjektive Berichte angewiesen sein (Ratings), doch wird der Fokus auf Bereiche gerichtet, in denen jede Bereicherung an Informationen wertvoll für den Behandlungserfolg ist. Um die Erwartungshaltung gegenüber der Psychotherapieforschung realistisch zu halten, sei gesagt, daß sie primär nur Wirkungsweisen bestimmen kann, die innerhalb des Therapieprozesses nachvollziehbar sind. Die Tatsache, daß der Klient sich die meiste Zeit über anderen, unspezifisch wirkenden Einflüssen des Alltagslebens aussetzt, erschwert die Erforschung der Ursachen negativer Wirkungen erheblich. Dies sind Gegebenheiten, die allein mit intensiverer Beforschung nicht zu beseitigen sind. Hier ist eher die Person des Therapeuten gefordert, selbständig zu entscheiden, inwieweit es notwendig ist, außertherapeutische Einflüsse (zwischen den Sitzungen) in der Effekt- und Verlaufsforschung zu berücksichtigen.

Wie mehrfach angeklungen, richtet sich eine andere Zielsetzung auch auf die Erweiterung präventiver Maßnahmen psychischer Störungen. Aufgabe der Forscher ist es, aktuelle Erkenntnisse an die Bevölkerung heranzutragen und somit auf soziologisch-politi-

tischer Ebene aktiv zu sein. Die wesentlichen Schritte einer alltagsnahen Präventivplanung sind:

- Förderung und Erweiterung der Erwachsenenbildung im weitesten Sinn (Volkshochschulen u.ä.) als Präventionsform. Sie ist leicht durchführbar und hat sich in vergangenen Jahren zunehmend bewährt.
- Prävention muß grundsätzlich weniger als das Verhindern negativ gewerteter Zustände gesehen werden, sondern als die Optimierung positiv gewerteter Entwicklungen von Personen.
- Prävention umfaßt das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden. Je nach gewünschtem Entwicklungsziel, kann die Förderung einer positiven Entwicklung bei personalen Kompetenzen und/oder sozialen Strukturen einsetzen.
- Jede zwischenmenschliche Interaktion, die auf Offenheit, Einfühlung und Ehrlichkeit begründet ist, gilt als grundlegend gesundheitsfördernd, sofern sie in geeigneter Form geäußert und im Sinne der KWTI wahrgenommen wird.

Die Perspektive, den Mut und die wissenschaftlichen Hilfsmittel zur Freilegung der Defizite und ihrer Beseitigung aufzubringen, kann schon bald Realität werden. An die Forscher wird der Anspruch gestellt, Angehörige einer Wissenschaft zu sein, die sich selbst in Frage stellen kann und bereit ist, aus den Fehlern schöpferisch zu lernen.

#### 4.6.1. Folgerungen für Psychotherapeuten

Sie sind nicht direkt aus den negativen Faktoren ableitbar, die im Therapeuten begründet sind. Die naheliegendste und gleichzeitig umfassendste Folgerung ist, eine sofortige Prüfung an sich selbst (gemäß Kap. 4) vorzunehmen. Es soll überprüft werden, ob der Therapeut o.g. Negativmerkmale aufweist. Die konkreten Schlußfolgerungen sind dann unterschiedlich: handelt es sich um einen Psychologiestudenten, sollte er zunächst eine qualifizierte Ausbildung, etwa gemäß Abbildung 8, durchlaufen; der freie Praktiker, der seit einigen Jahren die gleichen Methoden anwendet und keine Supervision bekommt, sollte Kontakt zu Kollegen aufnehmen und sich über neuartige Konzepte informieren. Dem Leser ist wohl soviel Selbständigkeit zuzutragen, daß er ungefähr abschätzen kann, in welcher Hinsicht er spezielle Schlußfolgerungen für sich ziehen muß. Diese Arbeit kann und soll keine generellen Ratschläge erteilen, da sich der jeweilige Leser in einer zu speziellen Situation befindet. Derjenige Praktiker, der sich mit dieser Thematik auseinandersetzt und anschließend der Meinung ist, ihn würden noch nicht einmal einige der negativ wirkenden Faktoren betreffen, macht sich unglaublich, denn die tägliche Praxis beweist geradezu das Gegenteil. Therapeuten mögen sich damit nicht grundsätzlich in Frage gestellt fühlen, sondern nach genannten und auch selbst entwickelten Möglichkeiten ihrer Persönlichkeitsveränderung streben.

#### 4.6.2. Folgerungen für Klienten

Seine Rolle bleibt fast unverändert. Er ist nach wie vor derjenige, welcher an einer psychischen Erkrankung leidet. Diese wurde durch die in der Vergangenheit oder Gegenwart präsenten Einflüsse erzeugt. Hinzu kommt der Aspekt, daß er, ausgehend von seiner Klientenrolle, selbst prüfen muß, inwieweit er sich dem Experten anvertrauen kann. Für ihn ist das Gefühl im Erstgespräch wichtig, zu diesem eine positiv erlebte Beziehung aufzubauen und sich ihm emotional und gedanklich offenbaren zu können. Darüber hinaus wird die Informationsgewinnung für ihn schwierig, da es nur den in dieser Richtung gebildeten Laien vorbehalten ist, die Qualifikationen des Praktikers annähernd richtig einzuschätzen. Daran wird sich selbst unter der Prämisse fortschreitender Erwachsenenbildung in absehbarer Zeit wahrscheinlich nicht viel ändern. Bedeutsam ist aber, daß der hilfesuchende Mensch um die "Neurose als Psychotherapieeffekt" weiß und sich mit realistischen Erwartungen in Behandlung begibt. Selbst während der Therapie nützt ihm sein Wissen um kritische Situationen und Faktoren, da auch seine Wahrnehmung dafür geschärft und sein Mut gewachsen ist, seine möglichen Bedenken offen zu äußern. Einerseits kann der Klient also sein Wissen erweitern, andererseits konkret in den Situationen anwenden.

Falls er lediglich den Anspruch hat, sich nur allgemein über Psychotherapie zu informieren, sollte er zunächst andere Literatur wählen, dieses Buch würde ihn unter Umständen zu unnötig negativen Erwartungen an die Therapie verleiten.

#### 4.7. Grenzen dieser Arbeit

Stützt man, so wie hier, seine eigenen Aussagen größtenteils auf Angaben anderer Untersucher, hat man entweder das eher seltene Glück, genau auf solche Fragestellungen zu stoßen, die in eigener Sache verwendbar sind oder, was eher die Regel ist, man muß die Aussagen anderer Fachleute selektiv nur im Hinblick auf die Nützlichkeit für eigene Hypothesen bewerten. Bei diesem Prozeß werden also Daten, die inhaltlich mit dem Thema verwandt sind, in dieses so eingeordnet, daß der daraus entstehende Inhalt Sinn bekommt und aus ihm etwas Neues hervorgeht.

Das vorliegende Thema ist bislang nicht so direkt und in Einzelaspekten konkret empirisch oder literarisch aufgegriffen worden, wie es hier erfolgte. Einerseits wurde dies dringend erforderlich, andererseits befürchte ich die destruktiven Reaktionen der Betroffenen. Eine formallogische Analyse ist nur im Stande, jene kritischen Punkte zu vermitteln, sie kann in keinem Fall gewährleisten, daß sich der therapeutische Alltag tatsächlich zum positiven hin verändern wird. Die angesprochene Zielgruppe beschränkt sich zwar in erster Linie auf den Personenkreis professioneller Helfer, jedoch soll prinzipiell jedermann das Recht haben, sich über die Gefahren einer, seine eigene Gesundheit betreffenden Sache, zu informieren. Ich bin mir der Tatsache bewußt, daß ich ein wenngleich aktuelles, so auch unbeliebtes Thema aufgegriffen habe. Der Informationsgewinn ist auch darin zu suchen, tatsächlich beobachtete Effekte thematisiert zu haben; dabei stand ich mehrfach vor einem "Komplexitäts - Spezifitäts Dilem-

ma": inhaltlich ist ein Bezug zu fast allen Lebensbereichen herzustellen, was allerdings nur auf Kosten der Genauigkeit zu leisten ist. Die teilweise hohe Spezifität bedingt einen geringen Verallgemeinerungsgrad und spricht längst nicht alle Mitglieder der Zielgruppe an. Es bleibt vorerst keine andere Lösung, als entweder komplexe oder dementsprechend spezielle Befunde in die Fragestellung einzubeziehen.

Der gesamte Rahmen vorliegender Arbeit fand seine Grenzen schließlich innerhalb finanzieller Beschränkungen, die sich zeitlich und inhaltlich auswirkten; darin begründet sich auch mein Wunsch, die Ausgangshypothese im größeren Rahmen als empirische Längsschnittuntersuchung im Team durchzuführen bzw. andere Kollegen ebenso dazu anzuregen.

#### 4.8. Ausblick

Das übergeordnete Ziel kann nur in einer Reform bestehen. Diese Neuerung soll sich auf die Art der strukturell-gesellschaftlichen Versorgung mit psychosozialen Leistungen und auf die zu verbessernde Qualität professioneller Ausbildungen beziehen. Die hier vorgestellte Abbildung 8 soll nicht als die einzige Lösung interpretiert werden; alternativ ist an Modelle nach Brickmann et al (1983) oder Schneider (1983) zu denken, die ebenfalls Wege zu einem erweiterten Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses aufzeigen. Zu beachten ist nur, ob die Neuerungen mit den Präventionsbedingungen negativer Therapieeffekte vereinbar sind. Eine Prüfung von Details steht diesbezüglich noch aus,



doch erzielten beide Autoren (s.o.) auf der Basis von Skepsis gegenüber kritiklos praktizierten Methoden, große Erfolge in der Anwendung ihrer Modelle.

Eine verbesserte Struktur psychosozialer Versorgung müsste im Wesentlichen folgende Punkte beinhalten:

- Einrichtung eines flächendeckenden institutionellen und privaten Versorgungssystem für die Bereiche der Prävention, Therapie und Rehabilitation im Sinne einer gemeindenahen Versorgung.
- Erlasse von entsprechenden Gesetzen für präventive psychosoziale Maßnahmen. Schaffung von Finanzfonds, die aus den Bereichen RVO, BSHG, JHG u.a. gespeist werden.
- Zulassung verschiedener sozialer Berufe zur Ausbildung und Heilbehandlung in umfassendem Rahmen (erster Punkt, s.o.), sowie Niederlassungsfreiheit dieser Berufsgruppen.
- Förderung der Kooperation zwischen den verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen in Klinik und freier Praxis. In interdisziplinären Teams (Psychologen, Sozialarbeitern, Medizinern) ist darauf zu achten, daß der Großteil mit Psychotherapeuten besetzt ist, da in diesem Bereich der größte zeitliche Aufwand erforderlich ist.
- Staatliche und private Förderung zum Aufbau von Projekten im Bereich der Erwachsenenbildung, Gesundheitserziehung, Selbsthilfegruppen und psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Die Teilnehmer sollen sowohl professionelle Helfer, wie auch Laien und Betroffene umfassen.
- Schaffung einer verbesserten Berufsqualifikation mittels uni-

versitär erweiterten Ausbildungskonzepten, wie auch berufsbe-  
gleitender Angebote. Akzente sind gleichermaßen auf die persön-  
liche Eignung und die fachliche Befähigung der Teilnehmer zu  
legen.

- Statt Psychiatisierung und Akzentuierung auf medizinische  
Schwerpunkte (Psychopharmakatherapie) - mehr Psychotherapie  
verbunden mit Sozialarbeit.

Eine Neuorientierung nach den genannten Prinzipien hängt auch von  
dem Einfluß maßgeblicher Berufsgruppen in unserem Staat ab (Ju-  
risten, Mediziner). Diese bereits seit mehreren Jahrzehnten be-  
stehende Domäne kann durch keine spontane Änderung verlagert wer-  
den, sondern durch wirkliche Einsicht derzeitiger Mißstände und  
notwendiger Reformen. Zu hoffen ist, daß der Kampf um mehr  
Menschlichkeit nicht zu einem Opfer der Auseinandersetzung  
zwischen den etablierten und den neuauftretenden Berufsgruppen  
wird. Ein neues Selbstverständnis zu erlangen bedeutet in diesem  
Zusammenhang auch, sich der eigenen Grundängste bewußt zu werden,  
mit denen Therapeuten, genauso wie deren Klienten, zu kämpfen  
haben. Die gesamte Situation ließe sich durch mehr Selbstkritik  
und Selbstkontrolle seitens der verantwortlichen Berufsgruppen  
und mehr Wachsamkeit, Aufklärung und Autonomie seitens der Hilfe-  
suchenden verbessern.

Ich möchte hier nicht in den Fehler verfallen, den Lesern Rat-  
schläge zu erteilen. Es ist mir wichtig, allen Interessierten  
Mut zur Selbsthilfe und mehr Eigenverantwortung innerhalb des  
psychotherapeutischen Prozesses zu geben.

## A N H A N G

### 5. L I T E R A T U R Ü B E R S I C H T

- American Psychiatric Association,  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
(3rd ed.) Washington D.C.: Americ. Psychiatr. Ass., 1980
- Arden, M.  
Infinitive sets and double binds  
International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 65, 4, 1984
- Arizmendi, T.G. et al  
Client - therapist value similarity and psychotherapy  
outcome: A microscopic analysis, Psychotherapy,  
Vol. 22 (1), 16-21, 1985
- Asch, A. / Rousso, H.  
Therapists with disabilities: Theoretical and clinical issues.  
Psychiatry, Vol. 48 (1), 1-12, Febr. 1985
- Bandura, A.  
Social - learning theory of identificatory processes  
In: D. A. Goslin (Ed.): Handbook of Socialisation Theory  
and Research, Chicago: Rand Mc Nally, 1969
- Barton, A.  
Freud, Jung und Rogers, Drei Systeme der Psychotherapie  
Klett - Cotta, Stuttgart 1974

Bastine, R. et al

Grundbegriffe der Psychotherapie

edition psychologie, Weinheim, 1982

Bastine, Fiedler, Kommer

Bericht über die Fachkonferenz "Psychotherapeutische Prozeß-  
forschung" vom 25. - 27. September 1986 in Heidelberg,

in: Zeitschr. f. Klin. Psych., Band XVI, Heft 2,

S. 187-188, 1987

Bateson et al (1959),

Toward a theory of schizophrenia, Behavioral Science,

in: Weeks R. G. / L' Abate, L., Paradoxe Psychotherapie

Enke Verlag, Stuttgart, 1985

Beck, A. T. et al

Reliability of psychiatric diagnosis: II. A.

Study of consistency of clinical judgements and ratings,

American Journal of Psychiatry, 119, 1962

Beck, A. T. et al

Kognitive Therapie der Depression

Hautzinger (Hrsg.), Urban & Schwarzenberg, Weinheim, 1986

Beck, M.

Double bind is not a theory of schizophrenia,

Australian Journal of Family Therapy,

Vol. 4 (4), 251-254, July, 1983

Beckmann, D.

Psychosozial, Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie  
psychosozialer Konflikte und Krankheiten, Beckmann, D. (Hrsg.),  
Jg. 1, Verlag rowohlt, Reinbeck, 1978

in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe,

Drei Therapieverfahren phobischer Syndrome im gruppendynamischen  
Vergleich,

Enke, Stuttgart, 1983, XII

Begley, C. E., Liebermann, L. R.

Patient expectations of therapist's techniques, J. Clin.

Psychology, 25, 1969

in: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung,

Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung,

edition psychologie, Weinheim, 1983

Benos, J.

Strategien zur Therapiemotivation Drogenabhängiger in einer

Fachklinik, Suchtgefahren, 30 (1), 28-31, 1984

Berg - Cross, L.

Therapist self-disclosure to clients in psychotherapy,

Psychotherapy in Private Practice, Win Vol 2 (4), 1984

Bergin, A. E. (1967),

Handbook of psychotherapy and behavior change, 2. ed., 1978

in: Rachmann, St., Wirkungen der Psychotherapie, UTB

Steinkopff, Stuttgart 1971

Bergin, A. E.

Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis, Garfield, Bergin (eds.) Wiley, New York, 1975  
in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe, Drei Therapie-  
verfahren phobischer Syndrome im gruppendedynamischen Vergleich,  
Enke, Stuttgart, 1983 XII

Bergin & Lambert

The evaluation of therapeutic outcomes,  
in: Garfield & Bergin (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and  
behavior change, Wiley, New York, 1978

Birtsch / Tscheulin (Hrsg.)

Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie  
Beltz Verlag, Weinheim, 1980

Bliesener, T.

Gesprächskrisen. Entstehung und Bewältigung von Komplikationen  
in der Gesprächsführung,  
Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1984

Bommert, H. & Dahlhoff, H. D. (Hrsg.)

Das Selbsterleben in der Psychotherapie  
Urban & Schwarzenberg, München, 1978

Bowers, K.

An attributional analysis of operant conditioning:  
Paradoxical effects of reinforcement on the endurance  
of behavior change. Paper presented at the 79th annual  
meeting of the American Psychological Association, 1971

Brehm, J. W. & Rosen, E.

Attractivness of old alternatives when a new attractive  
alternative is introduced, Journ. of Personality and  
Social Psychology, 1971

Brehm, J. W. & Mann, M.

The effect of importance of freedom and attraction to  
group members on influence produced by group pressure,  
J. of Personality and Social Psychology, 1975

Brehm, Sh. S.

Anwendung der Sozialpsychologie auf die klinische Psychologie,  
Verl. Huber, Bern, 1980

Brehm, J. W.

A Theory of psychological reactance,  
Academic Press, New York, 1966

Brehm, J. W.

Responses to loss of freedom: A theory of psychological  
rectance,  
General Learning Press, New York, 1972

Breuer, F.

Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis,  
Quelle und Meier, Heidelberg, 1979

Brickman et al

New Directions in Helping

in: Academic Press, Vol. 1, New York, 1983

Brovermann et al

Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health,  
J. Consult Clin. Psychol., 34, 1970

in: Zimmer, D., Die therapeutische Beziehung, Konzepte,  
empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung,  
edition psychologie, Weinheim 1983

Caspar, F. M. / Grawe K.

Der Widerspenstigen Zähmung, Eine interaktionelle Betrachtung  
des Widerstandsphänomens in der Verhaltenstherapie,  
aus: GWG Bericht, Bd. 2, Kap. 2,  
Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1982

Chesler, Ph.

Frauen - das verrückte Geschlecht?  
rowohlt Verlag, Reinbeck, 1984

Cohen, E. J.

Induced Christian neurosis: An examination of pragmatic  
paradoxes and the Christian faith, Journal of Psychology & Theo-  
logy, Vol. 10 (1), 1982

Coopersmith, S. E.

The "terminating" patient, Special Issue: Psychotherapy and  
the uncommitted patient, Psychotherapy Patient,  
Win Vol 1 (2), 1984



Cullen, W.

Anfangsgründe der praktischen Arzneiwissenschaft, Teil 1-4,  
Leipzig, 1776,

Cullmann, Th. et al

Die Sprechhandlungen in der Verhaltenstherapie: Intentionale,  
thematische und attitudinale Aspekte,  
Verlag Brockmeyer, Bochum, 1982, 109-132

Davison / Neale

Klinische Psychologie

Urban & Schwarzenberg, München 1979

Davison, G. C.

Counter - Control in behavior Modification

in: Hamerlynck, L. A., Handy, L. C. & Nash E. J. (Ed.):  
Behavioral Change. Champaign III.: Research Press,  
1973, 153-167, 2. print 1974

Deuber, H. C.

Anxiety Drugs in Clinical Practice.

in: Deuber (Ed.): Psychopharmacological Treatment,  
Dekker, New York, 1975

Deutsch, C. J.

A survey of therapists personal problems and treatment,  
Professional Psychology: Research and Practice,  
Vol 16 (2), 1985, April

Deveraux, E. B.

Occupational therapy's challenge: The caring relationship,  
American Journal of Occupational Therapy,  
Dec. Vol 38 (12), 791-798, 1984

De Voge, J. T. & Beck, S.

The Therapist - Client Relationship in Behavior Therapy  
in: Hersen, M. Eisler, M. & Miller, P. (Ed.): Progress in  
Behavior Therapy, Academic Press, 204-248, New York, 1978

Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten,  
Springer Verl., Berlin, 1980

Dörner, K. / Plog, U.

Irren ist menschlich, Psychiatrie Verlag, Rehburg-Loccum, 1982

Dungan, D. S.

The effect of didactic - intellectual training versus relation-  
ship - oriented training upon counseling behavior,  
Diss. Abstr. Intern., 34, 1974

Dyck, R. J. et al

Treatment noncompliance as a function of therapist attributes  
and social support, Canadian Journal of Psychiatry,  
Vol 29 (3), 212-216, 1984, April

Ellis, A.

Reason and emotion in psychotherapy, Lyle Stuart (Ed.),  
New York, 1962

Ellis, A.

Die rational - emotive Therapie,

Pfeiffer, München, 1979

Ermann, M.

Von der Psychodynamik zur Interaktion des Widerstandes,

Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 29 (2),

61-70, 1984

Eysenck, H. J.

The effects of psychotherapy: an evaluation

Journal Consult. Psychol., 16, 319-324, 1952

Fehlenberg, D. / Steuer, C.

Gesprächssteuerung im verhaltenstherapeutischen Dialog,

van der Geest (Hrsg.), Bochumer Studien zur Publizistik - und

Kommunikationswissenschaft, Bd. 33, PH Bochum, 1982

Fenichel, H.

The Psychoanalytic Theory OF Psychoneurosis, Norton & Comp.,

New York, 1945

Fengler, J.

Bedeutung und Funktionen des Therapeuten in der Psychotherapie,

Sucht und Therapie, Kuypers (Hrsg.), Freiburg, 65-81, 1982

Fliegel, St. et al

Verhaltenstherapeutische Standardmethoden

Urban & Schwarzenberg, München, 1981

Foa, E. B. / Emmelkamp P. M. G.

Failures in Behavior Therapy, Wiley - Interscience,  
Chichester, Sussex, 1983

Fox, R. / Maas, A.

Zur Bedeutung von Selbsterfahrung und Supervision in Psycho-  
therapie und Sozialtherapie, Kuypers, U. (Hrsg.),  
Sucht und Therapie, Freiburg, 1982, 83-99

Frank, J. D.

Die Heiler, Klett - Cotta, Stuttgart, 1985

Freud, S. (1884)

Die Abwehr - Neuropsychosen, Gesammelte Werke, Bd. 1,  
Imago Publishing Co., London, 1952

Freud, S.

Die Abwehr - Neuropsychosen, G. W. I., 72-74, S. E. III,  
58-61, 1894

Freud, S.

Studien über die Hysterie, G. W. I., 280; S. E., 278, 1895

Freud, S.

Zur Psychotherapie der Hysterie, G. W. I., 308-309; S. E. II  
303, 1895

Freud, S.

Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten  
Symptomkomplex als "Angstneurose" abzutrennen,  
G. W. I 256, 339; S. E. III 113, S. E. II 259, 1895

Freud, S.

Weitere Bemerkungen über die Abwehr - Neuropsychosen,  
G. W. I 392; S. E. III 174, 1896

Freud, S.

Über Psychotherapie,  
G. W., V, 18; S. E. 261, 1904

Freud, S.

Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie,  
G. W. VIII, 108; S. E. XI 144-145, 1910

Freud, S.

Zur Dynamik der Übertragung, G. W. III, 368, 1921

Freud, S.

Jenseits des Lustprinzips,  
G. W. XIII, 17; S. E. XVIII, 19, 1920

Freud, S.

Massenpsychologie und Ich - Analyse,  
G. W., XIII, 97; S. E. XVIII, 89, 1921

Frohburg, I.

Self - experimental methods in the training of psycho-  
therapists, Helm / Bergin (Ed.),  
Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1983

Gaebel, W. / Pietzcker, A.

Prognosis of the course of schizophrenic psychoses compared to other psychiatric illnesses, European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences,

FU - Berlin 234 (3), 189-197, 1984

Gardner, J. U.

Training the trainers,

in: Rubin et al (Eds.), Advances in behavior modification,

Vol. 4, Acad. Press, N. Y., p. 145 - 148

Glover, E.

Research methods in psychoanalysis,

International Journal of Psychoanalysis

33, p. 403, 1952

Goldberg, C.

Gleichheit in der Psychotherapie, Theorie und Praxis  
therapeutischer Beziehung, Leben lernen 46, Pfeiffer,  
München, 1980

Goldfried, M. R. & Davison, G. C.

Clinical behavioral therapy, Holt, Rinehart and Winston,  
New York, 1976

Gong, V. H.

Patient - therapist mismatching on locus of control and its  
effect on treatment rejection by lower socio - economic,  
minority patients, Diss. Abstr. International, May,  
Vol 45, 1985

Grabitsch-Gniesz, G.

Some restrictive conditions for the occurrence of psychological reactance. Journal of Personality and Social Psychology 19, 188-196, 1971

Grawe, K. / Dzewas, H.

Interaktionelle Verhaltenstherapie, Fortschritte in der Verhaltenstherapie, Sonderheft I / Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), 1978

Grawe, K.

Verhaltenstherapie in Gruppen, Urban & Schwarzenberg, München, 1980

in: Zimmer, D., Die therapeutische Beziehung, Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung, edition psychologie, Weinheim, 1983

Greenspan, M. / Kulish, N. M.

Factors in premature termination in long - term psychotherapy, Psychotherapy, Journal Article, Vol 22 (1), 75-82, 1985

Haase, H. J.

Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten, Schattauer, Stuttgart, 1972

Haisch, J. (Hrsg.)

Angewandte Sozialpsychologie

Bedingungen, Möglichkeiten und Ergebnisse der praktischen Anwendung sozialpsychologischer Theorien,

Verlag H. Huber, München, 1983

Haley, J.

Strategies of psychotherapy

Grune and Stratton (Eds.), New York, 1963

Haley, J.

Gemeinsamer Nenner Interaktion - Strategien der Psychotherapie,  
Pfeiffer, München, 1978

Hambrecht, M.

Inappropriate helping behavior and its impact on the identified  
patient, Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1983,  
20 (4), 494-502

Hand, I.

Symptomverschreibung,

in: Psychotherapie - Manual

Linden / Hautzinger, Springer Verlag, Berlin, 1981

Heekerenz, H. P.

Effektivität Klientenzentrierter Familientherapie,  
Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und  
Psychotherapie, 4 (1), 53-70, 1983

Hellhammer, D.

Gehirn und Verhalten, Münsteraner Skripten zur Psychologie  
Heft 2, Aschendorff Verlag, Münster, 1983

Helm, J.

Psychotherapieforschung, Fragen, Versuche, Fakten,  
VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1974



Hemminger, H. J. / Becker V.

Wenn Therapien schaden, Kritische Analyse einer psychotherapeutischen Fallgeschichte, rowohlt, Reinbeck, 1985

Höck, K. / König, W.

Neurosenlehre und Psychotherapie

Gustav Fischer Verl., Frankfurt, 1979

Hoffman, J. J.

Client factors related to premature termination of psychotherapy, Psychotherapy, Spr. Vol 22 (1), 1985

Imber, Nash & Stone, Comparative Psychology, Stone (ed), Greenwood, Westport, Conn., 1955

in: Strotzka (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban & Schwarzenberg, München, 1978

Innerhofer, P.

Interaktionsanalyse, Max-Planck-Inst. f. Psychiatrie, psychologische Abteilung, München, 1978

Jaeggi, E.

Psychotherapie in der Ambulanz, Was bestimmt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient?

Partnerberatung, Vol 20 ( 2-3), 107-117, 1983

Jones, R. A.

Volunteering to help, The effects of choice, dependence and anticipated dependence, Journal of Personality and Social Psychology, 1970

Junker, H. / Waßner, Th.

Psychotherapeutisch denken

Springer Verlag, Berlin, 1984

Kaechele, H.

Mißerfolg in der Psychotherapie aus psychoanalytischer

Sicht, Zeitschrift für Verhaltensmodifikation, 5 (4),

235-248, 1984

Kammerer, E. et al

Stationäre Kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil,

Remschmidt, H. (Hrsg.), Freie Universität Berlin, 210-214, 1984

Kanfer, F. H. & Phillips, S.

Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie

(Learning foundations of behavior therapy, 1970),

Kindler, München, 1975

Kanfer, Fr. H. / Goldstein, A. P.

Möglichkeiten der Verhaltensänderung

Urban & Schwarzenberg, München, 1977

Kellermann, P. F.

Widerstand im Psychodrama,

in: Petzhold H. (Hrsg.), Widerstand.

Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie,

Junfermann, Paderborn, 1981

Kern, P.

Untersuchung von Therapieabbrüchen

Suchtgefahren, 29 (2), 187-191, 1983

Knight, E. W.,

Education in The United States, 3. Aufl., 1941,  
in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe, Drei  
Therapieverfahren im gruppendedynamischen Vergleich,  
Enke, Stuttgart, 1983 XII

Koendgen, R.

Gesichtspunkte zur psychotherapeutischen Vorphase vor einer  
analytischen Behandlung psychosomatisch kranker Patienten,  
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse,  
30 (4), 377-385, 1984

Kopp, Sh. B.

Triffst Du BUDDHA UNTERWEGS ...

Psychotherapie und Selbsterfahrung, Fischer Verlag,  
Frankfurt, 1985

Kovel, J.

Kritischer Leitfaden der Psychotherapie

Campus Verlag, Frankfurt, 1984

Krause, M. P.

Verweigerung und Überforderung in der Entwicklungstherapie,  
Überlegungen zur effizienten Gestaltung therapeutischer Situa-  
tionen, Frühförderung interdisziplinär, 3 (3), 110-114, 1984

Kuda, M.

The prediction of drop - out from psychotherapy, Minsel  
(Hrsg.), Göttingen, 106-114, 1983

Ladewig, D.

Drogen und Alkohol 3. Folgestudien und Therapieabbruch,  
Pädagogische Hochschule, Basel, 172, 1984

Landis, J. T.,

Social Living, Principles and problems in introductory  
sociology, 1937,  
in: Strotzka (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren,  
Indikationen, Urban & Schwarzenberg, München, 1978

Lane, R. C.

The difficult patient, resistance, and the negative therapeutic  
reaction: A review of the literature, Current Issues in Psycho-  
analytic Practice, Win Vol 1 (4), 83-106, 1984

Langenmayr, A.

Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosen-  
entstehung, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 1978

Laplanche, J. / Pontalis, J. B.

Das Vokabular der Psychoanalyse, suhrkamp, Frankfurt, 1986

Lazarus A. A. (mündl. Mitt.)

in: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, Konzepte,  
empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung,  
edition psychologie, Weinheim, 1983

Lieberman, R.

Behavioral approaches to family and couple therapy, American  
Journal of Orthopsychiatrie, Vol. 40, p. 106-118, 1983

Lieberman, Yalom & Miles

Encounter Groups: First Facts: Basic Books,  
New York, 1973

Linden, M. / Manns, M.

Psychopharmakologie für Psychologen

O. Müller Verlag, Perrez, M. (Hrsg.), Salzburg, 1977

Mahoney, M. J.

Kognitive Verhaltenstherapie

Neue Entwicklungen und Integrationsschritte (Cognitive and  
Behavior Modification, 1974), München, 1977

Mahoney, M. J.

Psychotherapeutic Process

Current Issues and Future Directions, Plenum Press, 1980

Markowitz, M. A. / Nitzberg, M. L.

Communication in the psychiatric halfway house and the double  
bind, Clinical Social Work Journal,  
Vol. 10 (3), 176-189, Upsala College, Febr. 1982

Mayer, R.

Lebenslaufanalysen bei Drogenabhängigen: Eine Vergleichsunter-  
suchung, Suchtgefahren,  
Tübingen, 30 (3), 212-220, 1984

Maynard, P. E.

Group training for counselors

A one - year follow up, Counselor Educ. Superv.  
15, 225-228, 1976

Midley, Ch. R.

Clinical treatment of the nondisclosing black client:  
A therapeutic paradox, American Psychologist,  
Fuller Theological Seminary, Nov. 1984, Vol 39 (11)

Miller, E.

Group Psychotherapy for homosexual men by male-female  
cotherapists, Munksgaard, Copenhagen, 1951,  
in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe,  
Enke, Stuttgart, 1983 XII

Miller, W. R.

The addictive Behaviors, Treatment of alcoholism, drug,  
abuse, smoking and obesity, Pergamon Press, Oxford, 1979  
in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe,  
Enke, Stuttgart, 1983 XII

Minsel, W. R.

Praxis der Gesprächspsychotherapie, Grundlagen - Forschung -  
Auswertung, 2. Aufl., Böhlhaus Verlag, Wien, 1974

Mintz, J. / Luborsky, L.

Segments versus whole sessions. Which is the better unit for  
psychotherapy research?

J. Abnorm. Psychol., 78, 1971

in: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung,  
edition psychologie, Weinheim, 1983

Mitchell, Chr. / Stuart, R. B.

Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment,  
Journal of Consulting & Clinical Psychol., University Utah,  
Dec. Vol 52 (b), 1984

Mittag, O. / Lohmann, J.

Analyse und Systematisierung des perzeptierten Interaktions-  
verhaltens von Psychotherapeuten und Laien, GWG Bericht 1982,  
Kap. 2, Klin. Psych. u. Psychotherapie, 1982

Mittenecker, E.

Video in der Psychologie. Methoden und Anwendungsbeispiele in  
Forschung und Praxis,  
Verlag H. Huber, Stuttgart, 1987

Möller, H. J.

Psychoanalyse - erklärende Wissenschaft oder Deutungskunst?  
Zur Grundlagendiskussion oder Wissenschaft, Fink, München, 1978  
in: Tress, W., Psychotherapeutische Verläufe,  
Enke, Stuttgart, 1983

Nahler, M.

Die Bearbeitung von Widerständen in der Therapie.  
Partnerberatung 1983, 20 (4), 176-186 und in:  
Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis,  
16 (3), 391-402, 1984

Nelson - Jones, R. / Patterson, C. H.

Some effects of counselor training, British Journal of  
Guidance and Counseling, 2, 191-199, 1974

Orlinsky, D. / Howard, K.

The effects of sex of therapist on the therapeutic experiences  
of women, Psychotherapy, 13, (1976)

in: Zimmer, D. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung,  
edition psychologie, Weinheim, 1983

Pekarik, G.

Coping with dropouts

Professional Psychology: Research and Practice,  
Feb Vol 16 (1), 114-123, Washburn University, 1985

Penn, C. L.

Premature termination from alcoholism treatment: An analysis  
of client and therapist expectations, Diss. Abstr. Int.,  
California School of Professional Psychology, Fresno, March,  
Vol 45, 1985

Perls, F. S.

Four lectures

in: Fragan & Sheperd (Eds.), Gestalttherapy now:  
Therapy, techniques, applications, Science and  
Behavior Books, Palo Alto, California, 1970

Petermann, Fr.

Psychotherapieforschung

Ein Überblick über Ansätze, Forschungsergebnisse und  
methodische Probleme, Beltz, Weinheim, 1977



Petzhold, H.

Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung,  
Junfermann, Paderborn, 1980

Petzhold, H. (Hrsg.)

Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie,  
Junfermann, Paderborn, 1981

Plessen, U. / Bommert, H.

Die Messung von Veränderungen. Eine empirische Überprüfung,  
GWG - Info, Universität Münster, 55, 1984

Rachman, St.

Wirkungen der Psychotherapie  
UTB Steinkopff, Stuttgart, 1971

Reiser, R.

Passive - dependent client expectations and premature termination  
in psychotherapy, Diss. Abstr. Intern,  
Pacific Graduate School of Psychology, May Vol 45, 1985

Rice, N. L. / Greenberg, L. S.

Patterns of Change, Intensive Analysis of Psychotherapy  
Process, The Guilford Press, New York, 1984

Riemann, F.

Grundformen helfender Partnerschaft

Pfeiffer, München, 1974

Ringler, M.

Ein Streiflicht zur Beendigung von Psychotherapien,  
Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und  
Psychotherapie, Universität Wien, 4 (2), 147-153, 1985

Rogers, C. R.

The necessary and sufficient conditions of therapeutic  
personality change, Journal of Consulting Psychology,  
21, 95-103, 1957

Romney, D. M.

Factors influencing length of stay in psychiatric day care,  
Canadian J. of Psychiatry,  
University Calgary, Canada, June Vol 29 (4), 1984

Roth, W.

Praxisorientierte Evaluationsmethodik, Trends in der Einzel-  
fallversuchsplanung, Zeitschrift für Klinische Psychologie,  
Universität Trier, 14 (2), 113-129, 1985

Rotter, J. B.

Generalized expectancies for internal versus external control  
of reinforcement, Psychol. Monogr., 80, No. 1 (whole No. 609),  
1966

Sarbin, T. R. / Mancuso, J. C.

Schizophrenie

Urban & Schwarzenberg, München, 1982

Scheller, R. / Klein, M.

Zur Prognostizierbarkeit des Therapieabbruchs bei Rausch-  
mittelabhängigen, Zeitschr. f. Klin. Psych.,  
Universität Trier, 13 (3), 230-245, 1984

Schmidtbauer, W.

Die hilflosen Helfer, Über die seelische Problematik  
der helfenden Berufe, rowohlt, Reinbeck, 1979

Schneider, H.

Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeu-  
tischen Prozesses, Verl. H. Huber, München, 1983

Schors / Grünzig

Der Einfluß von Psychotherapiesitzungen auf körperliche  
Beschwerden, Zeitschrift f. Klin. Psych., XVI, Heft 2,  
148-157, Verlag Hogrefe, Göttingen, 1987

Schottlander, F.

Die Welt der Neurose, Eine Einführung in die Problematik  
der Psychotherapie, Hippokrates Verl., Stuttgart, 1950

Schraml, W. J. / Baumann (Hrsg.)

Klinische Psychologie I und II

Huber Verl., Bern, 1975, 1976

Schultz - Hencke, H.

Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme,  
Stuttgart, 1951

Schultz, J. H.

Grundlagen der Neurosenlehre

Thieme, Stuttgart, 1955

Schultz, P. et al

Prescribing patterns in an outpatient psychiatric clinic,  
European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences,  
Universität Genf, Abt. f. Psychiatrie, 234 (4), 1984

Schulz, W.

Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontra-  
indikation, Juettemann (Hrsg.),  
Technische Universität Braunschweig, 149-168, 1984

Schwarz, J.

Die stationäre Behandlung von Alkoholkranken im Fach-  
krankenhaus, Reimer (Hrsg.),  
Weissenhof Verlag, Weinsberg, 1983

Seidel, K.

Diagnostische und therapeutische Indikationen in der Nerven-  
heilkunde, Schulze, H. (Hrsg.), Verl. Volk und Gesundheit,  
Berlin, 1973,  
in: Höck, K. / König, W., Neurosenlehre und Psychotherapie,  
Fischer Verlag, Frankfurt, 1979

Shapiro, J. L. / Gust, T.

Counselor training for facilitative human relationships  
Couns. Educ. Superv., Journal article, 13, 198-206, 1974

Shlien et al (1962)

in: Rachman, St., Wirkungen der Psychotherapie, UTB  
Steinkopff, Stuttgart, 1971

Shostrom, E.

A test of the measurment of selfactualization  
Educ. Psychol. Measurement, 24, 207-218, 1964

Simon, F.

Der schizophrene Mensch oder: Die verbotene Individuation,  
Westermanns Pädagogische Beiträge,  
Universität Heidelberg, 348-351, 1983

Smith, E. W.

The many faces of the hesitant patient, Special Issue:  
Psychotherapy and the uncommitted patient,  
Psychotherapy Patient, Win Vol. 1 (2), 48-49, 1984

Stauss, H.

Rückmeldeverfahren in der klinisch - psychologischen  
Ausbildung,  
in: Birtsch / Tscheulin (Hrsg.), Ausbildung in Klinischer  
Psychologie und Psychotherapie, Beltz Verl., Weinheim, 1980

Stone, N. C.

The drop - out phenomenon among Black psychotherapy patients,  
Diss. Abstr. Intern., Wright Institute, Berkeley, Win Vol 45,  
May, 1985

Strotzka, H. (Hrsg.)

Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen

Urban & Schwarzenberg, München, 1978

Strotzka, H. (Hrsg.)

Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen

Urban & Schwarzenberg, München, 1980

Strupp, H. H.

Psychotherapists in Action, Grune & Stratton, New York, 1957

in: Strotzka, H. (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen,  
Verfahren, Indikationen, U & S Verlag, München, 1978

Timmons, E. / Noblin, C. D.

The differential performance of orals and anals in a verbal  
conditioning paradigm, Journal of Consulting Psychology,  
27, 383-386, 1963

Tölle, R.

Psychiatrie

6. Aufl., Springer Verlag, Heidelberg, 1982

Toman, W. / Egg, R.

Psychotherapie, Ein Handbuch II

Kohlhammer, Stuttgart, 1985

Tress, W.

Psychotherapeutische Verläufe, Drei Therapieverfahren phobischer  
Syndrome im gruppensystemischen Vergleich,

Enke, Stuttgart, 1983, XII

Truax, Ch. B. / Carhuff, R. R.

Toward effective counseling and psychotherapy: Training and Practice, Aldine Publ. Comp., Chicago, 1967

Tscheulin, D.

Ausbildung in therapeutischem Basisverhalten

Diss. Photodruck, Phil. Fak. der Universität Würzburg, 1972

Tscheulin, D.

Die Bedeutung des Integrationsprinzips in der Psychotherapieausbildung,

in: Jankowski et al, Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Hogrefe, Göttingen, 1976

Tscheulin, D.

Das integrative Ausbildungsmodell: Die Verbindung von didaktischen und therapeutischen Zielsetzungen bei der Ausbildung in therapeutischem Basisverhalten,

in: Birtsch, Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, Beltz Verlag, Weinheim, 1980

van der Geest, T. et al

Semantisch - kognitive Aspekte der Kommunikation:

Subjekt und Prädikat, van der Geest, Fehlenberg (Hrsg.), Universität Bochum, 184-207, 1982

van der Geest, T. / Groeger, W. M.

Verhaltenstherapeutische Kommunikationsanalysen, Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlußfolgerungen für die Therapiepraxis und

-ausbildung, van der Geest/Fehlenberg (Hrsg.), Univers. Bochum, 1982

van der Geest, T. (Hrsg.)

Kommunikation in der Verhaltenstherapie,

Universität Bochum, 26-49, 1982

van de Ven, P.

Freund als Feind, Der Familientherapeut und das Paradoxon,

vml Verlag Dortmund, 1981

Vester, F.

Phänomen Streß

deutscher taschenbuch verlag, München, 1976

Viale - Val, G. et al

Dropout from adolescent psychotherapy: A preliminary study,

Journ. of the American Academy of Child Psychiatry,

Illinois State Psychiatric Inst., Chicago, Sept. Vol 23 (5),

562-568, 1984

von Schlieffen, Graf, H.

Psychoanalyse ohne Grundregel

Psyche, 37 (6), 481-496, 1983

Ward, S. H. et al

The psychiatric nomenclature: Reasons for diagnostic

disagreement, Archives of General Psychiatry, 1962

Watzlawik, P.

Die Möglichkeit des Andersseins

Zur Technik der therapeutischen Kommunikation,

Huber Verlag, 2. Aufl., Bern, 1982



Watzlawik, P.

Anleitung zum Unglücklich Sein

Piper Verlag, München, 87-97, 1983

Weeks, R. G. / L' Abate, L.

Paradoxe Psychotherapie

Enke Verlag, Stuttgart, 1985

Weil, Th.

Vom Umgang mit dem Widerstand des Klienten in der Therapie,  
Ein Beitrag zu einem psychoanalytischen Konzept aus der Sicht  
der Transaktionsanalyse, Wege zum Menschen,  
Hanau, 36 (6), 1984

Weiner, H.

Psychobiology and Human Disease

The Heterogeneity Of Predisposing Factors To Disease  
And The Heterogeneity Of Disease, Elsevier, 609-611, 1979

Wicklund, R. A. & Brehm, J. W.

Attitude change as a function of felt competence and  
threat to attitudinal freedom, Journal of Experimental  
Social Psychol., 4, 64-75, 1968

Wicklund, R. A.

Freedom and reactance

Lawrence Erlbaum, Assoc., Hillsdale, New York, 1974

Wildwind, L.

When women resist treatment: Approaches for counselors, Journ. of  
Substance Abuse Treatment, Private Practice, Berkeley, Vol 1 (1), 1984

Willis, R. J.

The many faces of the hesitant patient

Psychotherapy Patient, Win Vol 1 (2), 37-48, 1984

Wittmann, L. / Wittmann, S.

Widerstand in Psychoanalyse und Verhaltenstherapie,

Berichte aus der Abt. f. Klin. Psych., Universität

Zürich, 1984

Wogan, M. / Norcross, J. C.

Dimensions of therapeutic skills and techniques:

Empirical identification, therapist correlates, and  
predictive utility, Psychotherapy,

Rutgers Universität, Spring Vol 22 (1), 63-74, 1985

Wolff, W.

Fact and value in psychotherapy

Amer. J. Psychotherapy, 8, 466-486, 1954

Wolpe, J. / Asher, L. M.

Wie bei einer schweren Zwangsneurose mit "Widerstand" umge-  
gangen werden konnte,

in: Eysenck (Hrsg.), Verhaltenstherapeutische Fallstudien,  
Otto Müller Verlag, Salzburg, 188-221, 1979

Worchel, S. & Brehm, J. W.

Effect of threats to attitudinal freedom as a function of  
agreement with the communicator, Journal of personality  
and social Psychology, 1970

Worchel, S. & Brehm, J. W.

Direct and implied social restoration of freedom

Journal of personality and social Psychology, 18, 294-304, 1971

Worchel, S.

The effects of films on the importance of behavioral freedom,

Journal of Personality, 1972

Worchel, S. & Andreoli, V. A.

Attribution of causality as a means of restoring behavioral

freedom, Journal of Personality and Social Psychology,

29, 237-245, 1974

Yabko, M. D.

Implications of the Ericksonian and neurolinguistic programming  
approaches for responsibility of therapeutic outcomes,

American Journal of Clinical Hypnosis, Vol 27 (2),

137-143, Oct. 1984

Zigler, E. & Phillips, L.

Psychiatric diagnosis and symptomatology,

Journal of Abnormal and Social Psychology, 1961

Zimmer, D. (Hrsg.)

Die therapeutische Beziehung

Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung,

edition psychologie, Weinheim, 1983



### LEBENS LAUF

Ich bin am 15.12.1960 in Wuppertal geboren. Von 1961-1980 lebte ich in Lippstadt/ Westf., wo ich meine Schulausbildung absolvierte.

Nach dem Abitur im Mai 1980 nahm ich das Studium der Psychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Westf. Wilhelms Universität in Münster auf. Es erfolgte eine Spezialisierung in den Gebieten: Klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychobiologie. Die Diplom Hauptprüfung in Psychologie legte ich im Herbst 1985 ab.

Bis 1987 war ich als freiberuflicher Therapeut, Sachverständiger bei Gericht und als Kursleiter im Bereich der Erwachsenenbildung beauftragt.

Seit Ende 1985 promoviere ich an der WWU in Münster in oben genannten Fächern und bilde mich bei einem dort ansässigen Institut zum Verhaltenstherapeuten fort.

Seit Januar 1987 arbeite ich in einer Fachklinik für psychosomatische Erkrankungen in Ansbach/Bayern, wo ich Mitglied mehrerer Supervisionsteams bin.

Der Autor

Thomas Tenk





